

**UNIVERSITE CLAUDE BERNARD
- LYON -**

ANNEE 1977 N° 295

**LA FORMATION DU
MEDECIN GENERALISTE**

THESE

Présentée
à l'Université Claude Bernard - LYON -
et soutenue publiquement le 8 juillet 1977
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Véronique LE ROY née CAUDAL

NEE LE 24.08.1950

A LYON

UNIVERSITE CLAUDE - BERNARD

=====

PRESIDENT DE L'UNIVERSITE :

Professeur GERMAIN D.

PREMIER VICE PRESIDENT :

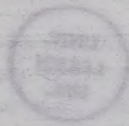
Professeur ELBAZ E.

SECRETAIRE GENERAL :

Monsieur RAMBAUD J.

DIRECTEUR DE L'UNITE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE ALEXIS CARREL :

Professeur MORNEX R.





A MON PRESIDENT DE THESE :

Monsieur le Professeur Bernard FRANCOIS

Il a bien voulu me faire l'honneur de présider ce jury de thèse. Qu'il trouve ici l'expression de mes remerciements les plus vifs pour le temps qu'il a bien voulu me consacrer pour ce travail, pour la rigueur de sa critique, et la bienveillance qu'il a su me témoigner.

A MES JUGES :

Monsieur le Professeur R. MORNEX

J'ai pu bénéficier de son expérience et apprécier les grandes qualités de l'enseignement qu'il nous a donné à la faculté. Je le remercie d'avoir bien voulu juger ce travail.

Monsieur le Professeur J. GUYOTAT

Il a bien voulu accepter avec intérêt de juger ce travail. J'ai été sensible à son accueil. Qu'il trouve ici mes remerciements.

Monsieur le Professeur G. AIMARD

J'ai pu apprécier pendant les six mois passés dans son service, son souci constant d'améliorer l'enseignement dans le cadre hospitalier. Je le remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

Monsieur le Docteur G. AGULHON

Il a sensiblement contribué à élargir ma formation, en acceptant, avec le Docteur J. JOLAIN, de me prendre comme stagiaire au sein de leur cabinet médical, et de me faire part de leur expérience en médecine omni-praticienne. Je les en remercie vivement.

ET A TOUS CEUX QUI M'ONT AIDE DANS CE TRAVAIL

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
<u>AVANT-PROPOS</u>	I
<u>INTRODUCTION</u>	2
1 - Rôle du Médecin Généraliste	2
2 - La Médecine Générale en crise ?	4
3 - Le problème de la formation des médecins généralistes est posé.	7
<u>CHAPITRE I</u>	
EXPERIENCES DE FORMATION SPECIFIQUE DU GENERALISTE, A L'ETRANGER ET EN FRANCE	9
A - A l'étranger	9
B - En France	16
C - Vers un projet officiel en France : Le Rapport de la Commission FOUGERE	29
<u>CHAPITRE II</u>	
EXPERIENCE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY	33
I - Formation théorique	35
II - Formation pratique	41
III - Les groupes de sensibilisation à la relation Médecin-Malade	46
IV - Conclusion	47
<u>CHAPITRE III</u>	
LA LECON DE CES DIVERSES EXPERIENCES	48
A - L'enseignement hospitalo-universitaire de la médecine praticienne	49
B - Les Omnipraticiens dans la formation du futur Généraliste	54
C - Une formation psychologique appropriée	63
D - Proposition de synthèse pour la formation de l'Omnipraticien	68
<u>CONCLUSIONS</u>	72

Annexe N° 1	74
Annexe N° 2	76
Annexe N° 2 bis	77
Annexe N° 2 ter	78
Annexe N° 3	79
Annexe N° 3 bis	80
Annexe N° 3 ter	83
Annexe N° 4	86
Annexe N° 5	103
Annexe N° 6	105
Annexe N° 6 bis	111
Annexe N° 7	112
Annexe N° 8	117
Bibliographie	118

AVANT . PROPOS

Cette thèse a pour sujet la formation du médecin généraliste.

Ce choix tient compte d'une double préoccupation :

tout d'abord le souci d'essayer de faire le point, à une période où, un peu partout, des expériences de formation spécifique du généraliste s'organisent, et où, parallèlement, une réforme des études médicales allant dans ce sens, est à l'étude.

D'autre part, ce choix répond à des préoccupations personnelles ; c'est en tant que futur médecin généraliste que j'ai été amenée à rechercher une formation spécifique qui m'y prépare.

La matière de cette thèse résulte d'investigations menées dans plusieurs directions :

- Rassemblement d'une documentation livresque sur des expériences et des projets officiels ;
- Interview de médecins enseignants, de médecins praticiens, d'étudiants, ayant participé, d'une manière ou d'une autre à ces expériences ;
- Divers éléments d'expérience personnelle : certificat optionnel de médecine praticienne en DC4, et initiation aux groupes BALINT lors du certificat de psychiatrie de DC4, à l'U.E.R. ALEXIS CARREL de Lyon ; puis 3ème cycle spécifique de médecine générale suivi à BOBIGNY, comportant notamment un stage chez le praticien.

Je me propose donc de présenter des expériences d'une formation spécifique de médecine générale dont j'ai pu avoir connaissance, en France et à l'étranger (1ère partie), en portant plus spécialement mon attention sur la plus ancienne en France, celle de BOBIGNY (2ème partie).

Je me propose enfin d'essayer de tirer quelques leçons de ces expériences, telles que la participation des praticiens à la formation des généralistes, ou la nécessité d'une formation de psychologie médicale (3ème partie).

INTRODUCTION

La médecine générale n'est pas le pâle reflet de la médecine hospitalière, posée le plus souvent comme modèle absolu de l'action médicale. Son rôle en est même tellement différent, qu'elles ne peuvent ni ne doivent être comparées l'une à l'autre, comme on est souvent tenté de le faire, et qu'une formation spécifique semble s'imposer. Si celle-ci a été entreprise depuis un certain nombre d'années à l'étranger, ce n'est que très récemment et sporadiquement que l'idée d'une formation distincte s'est introduite en France.

Afin de poser dans ses termes actuels le problème de la formation du médecin généraliste, il paraît nécessaire de tenter de formuler dès le départ une définition du rôle du médecin généraliste, et d'évoquer les aspects de la crise que paraît traverser aujourd'hui la médecine générale.

I - RÔLE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE

Il apparaît important d'en donner tout d'abord une définition formulée par des praticiens généralistes eux-mêmes, avant de préciser plus avant les principaux aspects spécifiques de l'action du généraliste.

La société française de médecine générale a ainsi défini un modèle français de médecin généraliste :

Le modèle généraliste qu'elle souhaite a été déterminé à la fois :

- par sa zone d'exercice ;
- par les demandes qui lui sont adressées par les diverses instances qui s'adressent à lui.

a) Sa zone d'exercice :

Le généraliste fonctionne à l'interface entre l'institution médicosociale et la population. Sa discipline touche à l'institution médicale, à l'institution médicosociale et au malade en tant qu'individualité.

b) Les demandes qui lui sont adressées :

. Du point de vue de l'institution médicale :

- les urgences : actuellement, le généraliste est pratiquement le seul praticien qui réponde aux appels urgents de ses patients (hormis bien sûr les organismes privés d'urgence qui se développent tant actuellement) ; c'est l'homme du premier secours.

- les soins en collaboration avec l'institution médicosociale (hôpital, dispensaire, assistance sociale, hospitalisation à domicile etc...) pendant, entre et après leur intervention.
- Les soins courants : compte tenu des besoins, des moyens locaux et de ses goûts et aptitudes propres.
- les soins pour lesquels l'institution hospitalière et spécialisée est inapte à remplir la fonction médicale. En particulier lorsqu'il s'agit de troubles nécessitant une relation médecin-malade s'appuyant sur un long passé, et des liens avec l'entourage.

. Du point de vue de l'institution médicosociale :

- il distribue l'accès aux avantages garantis aux assurés ;
- il participe à la prévention et à l'éducation sanitaire : ce rôle est primordial et incombe pleinement au généraliste, par sa place privilégiée dans la collectivité.

. Du point de vue du malade demandeur :

Il prend en compte au premier chef l'individualité qui s'adresse à lui

- dans l'unicité de son corps et de sa personnalité ;
- dans ses relations avec son passé, son présent et son futur.

• (Bibliographie N°2).

Pour donner quelques précisions, le généraliste représente la base de la pyramide du système de santé : sans base solide, on peut dire que la totalité du système risquerait de connaître un grave échec. Il est donc très important d'assurer un bon type de soins primaires qui collaborent avec les autres services et s'articulent avec eux.

Le généraliste doit pouvoir répondre aux demandes les plus diverses qui lui sont adressées :

La pathologie quotidienne du praticien généraliste est très particulière par l'étendue de son domaine d'action; ce peut être "n'importe quoi" ; du lobe de l'oreille à percer pour la pose d'une boucle d'oreilles, aux problèmes nutritionnels d'un nourrisson, aux vaccins, aux certificats en tous genres, aux infections aiguës ou chroniques les plus diverses... ou des problèmes beaucoup plus lourds, tels que la prise en charge d'un incurable au stade ultime, inaccessible à une thérapeutique curative...

Et toutes ces situations angoissantes de la vie quotidienne, pour lesquelles

l'omnipraticien représente l'interlocuteur privilégié...

Le généraliste doit aussi faire la distinction entre les affections légères et les premières manifestations d'une maladie plus importante en train de se constituer. Isolé le plus souvent dans l'exercice de sa profession, le généraliste a une action thérapeutique très étendue, qui lui confère de grandes responsabilités.

Au cours de ces soins courants, il apparaîtra une autre grande discordance avec la médecine hospitalière : celle-ci, de par son organisation très structurée, prend en compte au premier chef "la maladie", tandis que pour l'omnipraticien "l'individualité" du patient aura une très large part.

L'appréhension du patient en tant qu'individu, modifiera le choix des données retenues par le médecin, de même que les hypothèses au sujet de la pathologie, et donc les modalités de l'action thérapeutique. Car tout le monde acceptera le fait qu'une part importante de la demande des patients comporte une implication psychologique. Le médecin généraliste est dans une situation privilégiée pour répondre à la demande explicite, mais plus encore pour tenter de répondre à la demande implicite qu'il peut moins facilement éluder que l'hospitalier, sans faillir à sa tâche.

Certains patients viennent poser un problème purement organique, d'autres, purement fonctionnel ou psychologique ; mais souvent les deux se confondent et s'interpénètrent. L'illustration la plus simple en est l'anxiété ou même parfois l'angoisse, engendrées par l'état pathologique : il faut que le patient puisse s'en libérer au contact de son médecin.

Le praticien généraliste a ainsi un très vaste champ d'action, qui englobe la pathologie nécessitant l'intervention spécialisée ou hospitalière, avec la responsabilité du choix du moment privilégié de cette intervention. Il n'est pas toujours facile de répondre à tout... ou d'accepter de ne pas répondre.

2 - LA MEDECINE GENERALE EN CRISE ?

Avant d'aborder les problèmes de formation, il apparaît nécessaire d'attirer l'attention sur la crise que traverse actuellement la médecine générale. On peut reconnaître trois points dominants :

a) La perte du prestige de l'omnipraticien :

Le fossé entre la médecine hospitalière à la technicité toujours plus grande et plus complexe, et la médecine générale, ne cesse de s'approfondir. Il semblerait que plus la première grandit et s'épanouit, plus la seconde en prend ombrage. Différentes structures telles les services d'urgences, les dispensaires, les sectorisations variées, enlèvent progressivement aux généralistes des aspects importants de leur rôle quotidien, et tendent à les faire devenir des trieurs, ou des rabatteurs.

D'autre part, un certain nombre de patients ne considèrent plus leur corps comme une entité, et n'hésitent pas à confier dans le même temps, à autant de praticiens spécialistes, le soin des différentes parties de leur corps ; on ne peut admettre sans réserve une telle idée.

Un autre facteur de déconsidération de l'omnipraticien par rapport aux autres types d'exercices médicaux provient du fait que c'est à la médecine générale que se destinent ceux qui refusent les spécialités (ou que les spécialités refusent) et les ajournés aux divers concours, nourris de regrets.

Enfin, le prix des actes a une place que l'on ne peut minimiser dans l'échelle de valeurs de notre société : le plus faible tarif de la consultation du généraliste correspond certainement, dans l'esprit d'une fraction du public, à une médecine de moins bonne qualité, ce qui paraît regrettable.

b) Un exercice mal adapté aux temps modernes :

Les conditions de travail des médecins généralistes se dégradent, et il y a trop de généralistes qui n'ont plus de vie de famille :

35 % travaillent de 50 à 60 heures par semaine et 45 % plus de 60 heures ; la majorité travaille 6 jours sur 7 à raison de près de 13 heures par jour, comme le prouve une enquête réalisée par la S.O.F.R.E.S. (Novembre 1976). (Bibliographie N° 14).

Face à l'augmentation croissante de la demande médicale, le nombre des omnipraticiens ne croît pas assez vite actuellement, ce qui entraînera fatalement une dégradation des conditions de travail. La part des dépenses d'hygiène et de santé dans la consommation des ménages, qui était de 6,5 % en 1950, de 12 et 13 % en 1975, est estimée devoir être de 18,2 % en 1985 (revue du praticien, tome XXVI N° 14).

La féminisation croissante des études médicales, enfin, (35 à 40 % des effectifs d'étudiants), ne permet par ailleurs pas d'être optimiste sur la croissance du nombre des généralistes :

d'une part de nombreuses femmes n'utilisent pas leur diplôme ; d'autre part, l'expérience prouve qu'elles préfèrent généralement la médecine spécialisée ou la médecine sociale salariée à la pratique omnipraticienne libérale.

Le paiement à l'acte n'est-il pas également une cause d'accélération de la cadence de travail pour quelques praticiens et donc de dégradation des conditions de soins ?

c) Une formation hospitalo-universitaire mal adaptée qu'attestent :

. Les événements qui se sont produits à LYON au mois d'Octobre 1975 (grève des choix hospitaliers), révèlent assez bien le malaise ressenti par les étudiants.

Ceux-ci ont mené à cette époque une double enquête :

- La première auprès des chefs de service de l'U.E.R. LYON NORD, d'où il ressortait une conception traditionnelle de la fonction d'enseignement, le temps essentiel en étant la "visite" au lit du malade et la correction de l'observation prise par l'étudiant au cours de celle-ci ; le reste de l'apprentissage se faisant par "osmose" ou par "imbibition", moyen de formation par excellence à notre sens.

Les étudiants Lyonnais notaient enfin que pour un bon nombre de chefs de service, l'enseignement à l'hôpital passait après leurs nombreuses autres fonctions et obligations.

- Une deuxième enquête auprès des étudiants hospitaliers, afin de faire le point sur l'enseignement prodigué dans les différents services hospitaliers.

Les étudiants ont ainsi formé une commission d'étude et de réflexion sur la formation médicale (C.E.R.F.O.R.M.), qui a fait un certain nombre de propositions d'amélioration portant essentiellement sur deux points :

- = une restructuration de l'enseignement à l'hôpital par un meilleur encadrement ;
- = une adaptation de l'enseignement à la médecine générale, avec la participation active des praticiens.

. Une autre enquête nationale, réalisée par la S.O.F.R.E.S., à la demande du "Quotidien du médecin", et dont les résultats sont parus en Février 1976, annonce que 59 % des jeunes généralistes français considèrent que l'enseignement qu'ils ont reçu au cours de leurs études de médecine, les a mal préparés à la pratique de leur métier. 45 % estiment que leurs études ont été trop théoriques ; mais surtout, 91 % d'entre eux estiment que l'enseignement dispensé dans les facultés ne leur aurait pas permis d'exercer la médecine à la fin de leurs études, sans une formation autonome, acquise par exemple, à l'occasion de remplacements de médecins.

. Enfin, d'autres éléments manifestent la nécessité d'une réadaptation de la formation hospitalo-universitaire :

- une fréquentation des cours parfois si faible qu'elle pose la question de la légitimité de leur poursuite dans le cadre actuel ;
- les examens de clinique médicale et chirurgicale qui testent les connaissances de base et l'aptitude diagnostique et thérapeutique au cours de la dernière année d'études (Ière année du 3ème cycle) montrent encore trop souvent une ignorance assez inquiétante de connaissances fondamentales de la part des étudiants
- la disparition progressive des services de médecine interne et la spécialisation de plus en plus grande d'un certain nombre de services hospitaliers (services de cathétérisme ou d'épuration extra-rénale, par exemple) entraîne un risque chaque jour plus grand, que la formation hospitalière réponde moins aux exigences de la médecine générale.

3 - LE PROBLEME DE LA FORMATION DES MEDECINS GENERALISTES EST POSE

Au fur et à mesure que le prestige du généraliste est atteint, ce style d'exercice tendra à être rejeté par les nouvelles promotions d'étudiants qui préfèrent un exercice plus valorisant ou mieux rémunéré, et qui préfèrent surtout s'orienter vers une médecine qu'ils connaissent.

Il n'est pas facile de choisir d'exercer la médecine générale, quand, pendant les sept années que dure sa formation, l'étudiant n'a côtoyé exclusivement que des spécialistes, plus particulièrement hospitaliers.

Seuls les généralistes peuvent parler de leur exercice et de leurs problèmes quotidiens, qui sont le plus souvent très différents des problèmes quotidiens d'un médecin hospitalier.

Il apparaît donc nécessaire qu'il y ait une formation spécifique et que cette formation spécifique soit effectuée avec la participation des omnipraticiens.

Allant dans ce sens, un livre blanc des médecins omnipraticiens fut publié au début du mois d'Avril 1973 ; il développait un projet de 3ème cycle de médecine générale :

- création d'un 3ème cycle de médecine générale obligatoire, d'une durée de 3 ans ;
- participation paritaire à tous les niveaux (enseignement, validation des études) d'omnipraticiens en exercice et d'universitaires ;
- travail et études essentiellement pratiques, orientées vers une activité en groupes et en équipes.

L'originalité de cette formation reposerait sur deux grands principes :

- = l'omnipraticien doit être formé par ses pairs, comme dans les autres disciplines (cardiologie par des cardiologues, par exemple) ;
- = la pédagogie doit être adaptée au futur mode d'exercice.

Ce livre blanc, fruit d'un travail collégial de plusieurs dizaines de médecins généralistes, spécialistes, hospitaliers, a été rédigé par le syndicat national des omnipraticiens français. Il a été adopté à l'unanimité par ce même syndicat.

De tels projets attestent que les principaux intéressés sont eux-mêmes conscients des problèmes que pose actuellement la formation du médecin généraliste, et l'exclusion des omnipraticiens dans l'organisation des études médicales en France.

CHAPITRE I :

EXPERIENCES DE FORMATION SPECIFIQUE DU GENERALISTE , A L'ETRANGER ET EN FRANCE .

Les expériences étrangères, bien que nous concernant moins directement que les expériences françaises, doivent être présentées en premier, en raison de leur existence antérieure, et de leur rôle souvent inspirateur dans les expériences françaises.

A - A L' E T R A N G E R

En Grande-Bretagne, aux U.S.A., au Canada, aux Pays-Bas, en Belgique, presque toutes les facultés de médecine ont des départements de médecine praticienne, ou de médecine familiale : ce département n'est pas organisé partout sur le même modèle, mais il est en général animé par un petit groupe de généralistes (deux ou trois), consacrant une partie importante de leur temps à l'enseignement, sans cesser par ailleurs leur vie de praticien.

Ces animateurs sont aidés par d'autres généralistes à temps beaucoup plus partiel. Ce département est en relation avec les différentes structures de la faculté, des hopitaux et centres de santé de toutes catégories, et les médecins praticiens. Il a la charge d'élaborer un curriculum et des stages qui aboutissent à former de bons généralistes.

Ces départements de médecine praticienne ou familiale exigent des moyens. Ceux-ci ont été dégagés dans les pays précités.

a) En Belgique : à l'université catholique néerlandophone de LOUVAIN

Une chaire de médecine générale et un centre académique de médecine générale ont été créés dès 1968. Ils ont une double mission :

- aider à organiser l'enseignement de la médecine générale aux futurs généralistes ;
- prendre le relais par l'éducation continue post-universitaire.

Nous ne parlerons que de la première mission, bien que les deux soient étroitement liées.

Le curriculum de LOUVAIN a été transformé de façon très semblable à ce que réalisaient au même moment certaines universités néerlandaises :

la dernière année (la septième), correspondant à l'année de stage hospitalier, a été transférée en sixième année. La septième année ainsi libérée a permis une différenciation des études, avec quatre choix possibles :

la médecine générale, la préparation à une spécialité ultérieure, la médecine sociale, ou la recherche.

Cette septième année est divisée en deux semestres, alors que les étudiants sont eux-mêmes divisés en deux groupes (groupe de 60 pour l'année 1975-1976). Pendant que le premier groupe suit les cours théoriques, l'autre suit la partie pratique du programme.

* Formation théorique :

- Les quatre premiers jours de l'année

sont organisés en 16 séances obligatoires d'une heure et demie pour tous les étudiants se destinant à la médecine générale, sur le thème :

"l'introduction à la médecine générale". Ces séances ont pour but de préparer les étudiants à leur futur stage chez le praticien.

- Ensuite, la partie théorique comprend :

= 30 séances obligatoires d'une heure et demie, pour initier les étudiants à l'utilisation en pratique courante des leçons théoriques et magistrales reçues, en tenant compte des possibilités et limites propres à la carrière du généraliste. L'accent est mis sur la relation médecin-malade, l'aspect unique de chaque patient, de même que les techniques médicales propres à la médecine générale pour mener à bien la consultation.

Différents types de maladies chroniques courants sont ainsi évoqués : bénins, graves, incurables, moribonds, endeuillés etc... Une attention particulière est donnée à la relation généraliste spécialiste, et à celles avec les aides paramédicales : infirmières à domicile, assistantes sociales, kinésithérapeutes...

= Un cours facultatif de 10 séances d'une heure et demie est consacré aux malades atteints de maladie aiguë ou dangereuse par ses séquelles. Comment faire le diagnostic précoce au lit du malade ? Que peut traiter le généraliste lui-même ? Qui doit-il envoyer au spécialiste, et auquel ? Quel est le rôle du généraliste envers le malade hospitalisé ? Quel est son rôle envers le malade convalescent, dans la phase post-hospitalière ?etc...

* Formation pratique ; stages :

Stages chez le praticien généraliste de 2 mois, celui-ci ayant le titre de maître de stage.

Durant ce stage,

- tous les quinze jours pour une journée, les étudiants rejoignent l'université par groupes de douze, afin d'échanger leurs expériences et de trouver une réponse à leurs problèmes.
- une semaine est consacrée, pour 3 étudiants à la fois, à un séjour dans un centre de médecine de groupe où ils découvrent la façon de travailler à plusieurs.
- pendant quinze jours, les étudiants futurs généralistes seront instruits par un assistant en ophtalmologie, dermatologie et O.R.L., aux différentes techniques spécifiques de ces disciplines, ayant une importance pour les généralistes.
- Les étudiants terminent par le choix d'un stage hospitalier d'un mois en rhumatologie, orthopédie, gériatrie, ou pédiatrie. (Bibliographie N° 4).

b) Au Canada : une formation de médecine familiale à LAVAL :

Il existe actuellement, pour la formation des futurs médecins de famille, des programmes et des cours spécifiques, comprenant la participation de médecins généralistes, et ceci, dès le premier cycle.

- Durant le premier cycle (1ère, 2ème, et 3ème années), cours de :
 - = "premiers soins"
 - = "problématique de la santé"
 - = "aspects sociaux et psychologiques de la pratique médicale"
 - = "démarche clinique"

Stages d'été en fin de 2ème année.

"Session" clinique en 3ème année.

- Durant le deuxième cycle (4ème année) il existe des stages optionnels en médecine familiale, et des stages d'urgence avec des généralistes.
- Durant le 3ème cycle (5ème et 6ème années), il existe un programme de médecine familiale comprenant : des stages de médecine familiale, des stages spécialisés, des groupes Balint, des colloques, séminaires etc... (Bibliographie N° 4).

c) Aux Etats-Unis : expérience de la "MAYO CLINIC" : ROCHESTER (Minnesota) :

Il s'agit d'un programme de médecine praticienne au cours du deuxième cycle ; la Mayo Clinic est une institution médicale renommée pour dispenser une médecine de caractère hautement spécialisé : c'est ce handicap de départ qui a conduit à créer un département de "médecine de famille", comportant 4 médecins praticiens, et à organiser cet enseignement en relation étroite avec des médecins praticiens de la région.

L'enseignement du 2ème cycle dispensé par le département de médecine praticienne se divise en 2 parties essentielles :

* La première partie de l'enseignement a lieu au cours de la 2ème année du 2ème cycle, et est un élément du curriculum requis pour tous les étudiants de l'école de médecine. Le département de médecine praticienne a la responsabilité de 10 % de l'enseignement au cours de cette 2ème année : 4 semaines d'enseignement sur 40 :

- pendant les 2 premières semaines, introduction à la médecine praticienne ; un certain nombre de médecins praticiens y donnent des cours, prennent part à des reconstitutions de situations cliniques, et conduisent des discussions en petits groupes. Ces cours constituent l'introduction de l'enseignement dispensé au début de la 2ème année ; ils associent à la médecine praticienne d'autres disciplines qui s'en approchent : l'épidémiologie la médecine légale, la psychiatrie, insistant sur les problèmes relationnels, l'étude des systèmes de santé...

- Les deux autres semaines, stage auprès du praticien.

Il s'agit de stages passifs chez des praticiens qui sont volontaires et non rémunérés. Ils ont le titre de "maître de stage" et bénéficient de certains avantages, tels que la gratuité de l'enseignement post-universitaire dispensé par la Mayo Clinic. Les étudiants passent une semaine chez un praticien isolé, ou exerçant dans un petit groupe, et une semaine chez un praticien exerçant dans un groupe important.

* La deuxième partie est l'option "médecine praticienne".

Au cours de leurs deux dernières années, les étudiants ont le choix entre sept options principales dont l'une est l'option de médecine praticienne.

Cette option de médecine praticienne comporte deux choix obligatoires :

- un stage de six semaines auprès d'un médecin praticien ;
- une expérience de quatre semaines en salle d'urgences.

Les autres options sont libres. Une étroite collaboration avec les différents départements cliniques de l'institution a permis la création d'un très grand choix d'autres sous-options : par exemple, les chirurgiens proctologues ont ainsi mis au point un programme de deux semaines pour les étudiants de médecine praticienne, orienté plus particulièrement vers la pathologie courante.

Des séminaires de "médecine praticienne" sont proposés depuis l'automne 1975 à tous les étudiants de ce certificat optionnel : c'est l'occasion de discussions ouvertes sur un grand nombre de sujets non couverts par le curriculum officiel des études. (Bibliographie N° 4).

d) En Australie :

L'initiative d'une formation spécifique pour la médecine générale a été prise par un petit groupe d'omnipraticiens, il y a presque 20 ans ; il s'agissait de la création, en 1958, d'un "Collège Royal Australien des Omnipraticiens", collège qui avait des visées d'éducation et de recherche. Son influence s'est progressivement étendue, et a abouti en 1973, à la création du "Programme de médecine familiale" : F.M.P. (avec l'aide financière du gouvernement australien).

Ces innovations ont été mises en place, afin de tenter de résoudre le problème de la chute alarmante du nombre des omnipraticiens parmi les nouveaux diplômés, chute qui a entraîné une impossibilité de répondre aux besoins de la population.

* Organisation du programme de médecine familiale pour les étudiants "postgraduate" (équivalent de notre 3ème cycle) :

Le principal objectif du F.M.P. est d'aider les nouveaux diplômés à apprendre à faire face aux grandes variétés de situations rencontrées en médecine générale, et ainsi, d'encourager un plus grand nombre d'entre eux à choisir cette voie.

Une part importante des objectifs du programme consiste également à perfectionner et remettre à flot les diplômés qui n'ont pas exercé depuis plusieurs années ; plus particulièrement les femmes qui consacrent plusieurs années à élever leurs enfants.

Le programme de formation de médecine familiale dure 4 années, le début se situant après 1'année d'internat.

-Durant les deux premières années :

l'étudiant entreprend une rotation dans différents services hospitaliers, l'un d'eux étant un service de médecine générale obligatoirement. Quatre services différents au moins devront ainsi être choisis, le temps de formation dans chaque service variant de 3 à 6 mois.

Les services hospitaliers offerts au choix des étudiants sont les suivants : médecine, pédiatrie, gynécologie et obstétrique, santé mentale, maladies infectieuses, maladies professionnelles, réadaptation fonctionnelle, service des accidentés, gériatrie, médecine sociale et médecine préventive, santé publique, et également chirurgie et anesthésie.

L'étudiant a un certain nombre de responsabilités dans le soin des patients.

- Durant les deux années suivantes :

l'étudiant peut envisager la pratique de la médecine familiale, dans un cadre autorisé, ou peut choisir d'entreprendre d'autres études qui ont un rapport avec la médecine générale.

Il peut continuer une rotation dans plusieurs secteurs de médecine praticienne, afin de recevoir une expérience clinique la plus large possible.

Il n'y a pas d'examens au cours de ces quatre années de F.M.P.

* Au cours des années antérieures -étudiants "undergraduate"-
(équivalent de nos 2 premiers cycles) :

Les étudiants doivent recevoir un élargissement vers la médecine praticienne, dès le début de leurs études, l'accent étant mis plus particulièrement sur les facteurs d'environnement sociologiques et psychologiques au cours de la maladie, ainsi que sur la médecine préventive et le diagnostic précoce.

Le praticien généraliste a ainsi un rôle important à jouer en tant qu'enseignant et que membre de l'équipe chargée de la formation. Son introduction dans cette équipe hospitalière est apparue essentielle, aussi bien pour la médecine hospitalière que pour la médecine générale.

C'est le département de médecine familiale qui est responsable de cet enseignement aux "undergraduate" : à sa tête, se trouve un omnipraticien exerçant encore partiellement la médecine générale.(Biblio. N° 16).

Ainsi, les facultés de médecine manifestent dans le monde entier un grand intérêt et sont engagées dans l'enseignement de la médecine générale praticienne. "L'Europe Blanche" qui existe en théorie depuis le 20 Décembre 1976, a supprimé les frontières médicales entre les neuf pays membres de la Communauté Européenne : les confrontations d'idées, de conception, d'organisation, qui en résulteront ainsi, déboucheront très certainement sur une harmonisation des différents systèmes de formation.

B - E N F R A N C E

Plus récentes en France qu'à l'étranger, les expériences d'une formation spécifique du généraliste s'y multiplient cependant rapidement. S'individualisent ainsi deux types d'organisation bien distincts :

- soit une formation spécifique au cours du deuxième cycle, réalisée le plus souvent par un certificat optionnel de médecine praticienne en DC4 ;
- soit un troisième cycle de médecine générale, comprenant un stage chez le praticien, avec, le plus souvent, un enseignement parallèle, sous forme de tables rondes sur la spécificité de la médecine omni-praticienne.

De même qu'à l'étranger, les diverses U.E.R. ont le plus souvent fait appel aux généralistes pour organiser et réaliser cet enseignement, avec la collaboration plus ou moins étroite d'enseignants universitaires.

I - AMENAGEMENTS APPORTES AU COURS DU 2^{ème} CYCLE DES ETUDES MEDICALES

a) Expériences de LYON, à l'U.E.R. ALEXIS CARREL :

* Certificat optionnel de médecine praticienne au cours du DC4

Cette U.E.R. a organisé depuis 3 ans (année 1974-1975), une formule de certificat optionnel de médecine praticienne au cours du DC4.

L'idée de base de ce certificat est que l'étudiant ne peut faire le tour, en tant qu'étudiant hospitalier, des treize à quatorze disciplines nécessaires à une formation complète. Ce certificat est donc destiné à compléter la formation clinique des étudiants, afin de mieux les préparer à l'exercice de la médecine générale, en les mettant en présence de situations médicales concrètes qu'ils n'ont pas connues au cours de l'externat.

Le candidat doit choisir 6 unités de valeur parmi les disciplines suivantes :

- pédiatrie : 3 U.V. (20 à 22heures) ;

- cardiologie
- pneumologie
- neurologie
- oto.Rhino.laryngologie
- appareil digestif 2 U.V. : (16 heures)
- endocrinologie
- hématologie
- dermatologie
- ophtalmologie
- gynécologie I U.V. : (12 heures)
- rhumatologie
- urologie

Les candidats doivent évidemment choisir des disciplines qu'ils n'ont pas connues au cours de leurs stages hospitaliers. Afin de répondre au mieux à leur demande, tout en tenant compte des servitudes imposées par le nombre des étudiants par groupe, et les horaires des enseignants, un programme sur ordinateur a même^a été mis au point au cours de l'année 1975-1976.

Les séances de deux heures chacune, sont organisées sous forme de petits groupes, comprenant 10 à 12 étudiants. Elles ont lieu dans les différents services hospitaliers, l'enseignement étant dispensé par des professeurs agrégés et des assistants.

Il n'y a pas de cours magistral ; les étudiants possédant une liste de références bibliographiques leur permettant de faire ou refaire connaissance par eux-mêmes, avec les affections des disciplines envisagées.

L'assistance aux séances est obligatoire.

L'examen final porte sur les options choisies par le candidat et comprend : la rédaction d'une ordonnance, et la rédaction d'un bref essai discussion diagnostique, propositions thérapeutiques sur un dossier clinique.

* Le quadrimestre

Le quadrimestre (3 stages hospitaliers de 4 mois) a, dans la même ligne d'idées, remplacé le semestre, depuis 2 ans (année 1975-1976). Ce quadrimestre a l'avantage de permettre à l'étudiant de mieux connaître ainsi, trois pathologies spécialisées de plus. L'institution de ce quadrimestre n'a pas été sans poser de problèmes aux chefs de service et

à leurs assistants, chargés de la formation des étudiants : ceux-ci sont à peine formés, qu'ils sont déjà remplacés par de nouveaux "à former". Mais une meilleure formation des étudiants entraîne un plus grand effort de la part des enseignants.

* La suppression totale de tout cours magistral pour l'enseignement de la néphrologie :

Une autre expérience très intéressante, est celle de la suppression totale de tout cours magistral pour l'enseignement de la néphrologie.

Le responsable de cette expérience constatait que la validation du certificat de néphrologie par les étudiants ne garantissait nullement que ceux-ci aient acquis les notions élémentaires de néphrologie indispensables à tout praticien, comme il pouvait le constater au moment des examens de clinique médicale, au cours du 3ème cycle.

Dans le souci de pallier à cette grave insuffisance, le cours magistral fut totalement supprimé : il est remplacé par un enseignement à l'hôpital, de façon à habituer l'étudiant à faire face à des situations médicales concrètes.

L'effectif de l'année est divisé en deux groupes, de 75 étudiants chacun environ : chaque groupe a une séance hebdomadaire de 3 heures, pendant 9 semaines consécutives.

- Les deux premières heures de la séance sont utilisées pour des présentations de malades, avec discussion collective de leurs dossiers, et rédaction d'ordonnances.

- La dernière heure est consacrée à la définition des "objectifs" de l'enseignement de la néphrologie : il a en effet été constitué une liste d'objectifs en néphrologie, liste qui comprend un certain nombre (84) de propositions qui doivent être impérativement connues d'un médecin généraliste. Exemple d'une proposition : "savoir traiter une rechute d'infection urinaire - prototype d'ordonnance". (cf. Annexe N° 6).

Par cet enseignement, les étudiants ont ainsi la possibilité de voir un certain nombre de malades, qui recouvrent en gros la pathologie de néphrologie. Un effort particulier est fait, pour que les cas soient

présentés avec une croissance progressive de complexité.

Pour que cet enseignement garde toute sa valeur, il faut que l'étudiant fournisse une part de travail personnel avant chaque séance, de manière à pouvoir profiter pleinement des discussions cliniques et thérapeutiques : un fascicule de néphrologie a ainsi été rédigé, qui représente un instrument de travail de base ; une liste de lectures complémentaires est également délivrée aux étudiants.

L'examen consiste en la rédaction de deux "essais" diagnostiques et d'une ordonnance, à propos de deux cas cliniques. L'expérience a prouvé que sa validation nécessite une présence assidue aux séances et un travail personnel solitaire.

Dans la pratique, cette forme d'enseignement a globalement satisfait les étudiants. Son organisateur a cependant noté avec un certain désappointement, un certain manque d'assiduité des étudiants aux séances, ainsi qu'une préparation préalable personnelle insuffisante.

* Stages internés auprès du praticien :

Depuis 2 ans, le choix général des postes de stage interné (pour les 4 U.E.R. de Lyon groupées) propose 40 postes de stages internés auprès du praticien pendant 6 mois.

Durant l'année 1975-1976, 32 étudiants ont ainsi participé à ces stages chez le praticien, dont six en milieu urbain, et les autres en milieu rural. Les stages sont d'abord passifs, puis l'étudiant remplace l'un des médecins du groupe, en étant supervisé par les médecins restants (les expériences ont été réalisées dans des maisons médicales en général).

Les praticiens qui reçoivent les stagiaires sont nommés par une commission pédagogique (directeurs d'U.E.R., médecins représentants du conseil de l'Ordre, étudiants ...) et reçoivent le titre de "maître de stage".

* Le certificat de psychiatrie de DC4 a été orienté, en partie, vers les groupes BALINT, dans le but de mieux préparer les étudiants à la relation médecin-malade : ce certificat de psychiatrie est ainsi composé de deux parties : l'une qui consiste en un cours théorique, donnant un minimum d'informations indispensables. La seconde, est orientée vers la relation médecin-malade.

A chaque séance de ce type, un (ou deux) étudiant relate le cas d'un patient ayant posé des problèmes d'ordre psychologique dans son service hospitalier. Les étudiants, guidés par les enseignants (un psychiatre et un psychologue), réfléchissent en groupe aux problèmes posés par ce patient, pour appréhender les tenants de ces situations et essayer de déboucher sur une attitude thérapeutique.

L'examen final est sanctionné par une interrogation théorique mais aussi par un dossier que chaque étudiant a dû constituer au cours de l'année : ce dossier relate l'expérience personnelle d'un problème relationnel, psychologique... au cours duquel il a été impliqué.

* Il existe enfin un enseignement de Psychologie Médicale donné dans le cadre de Biologie Humaine de Lyon et qui conduit à la maîtrise et éventuellement même, à la thèse de Doctorat de Biologie Humaine en Psychologie Médicale.

Une partie de ce certificat, qui est le seul à exister actuellement en France, fonctionne selon le mode des groupes BALINT et regroupe des étudiants en médecine, des médecins et quelques dentistes, ainsi que quelques infirmiers (ières) de l'école de cadre.

b) Expérience de LYON : U.E.R. SUD OUEST :

Nous retrouvons dans cette U.E.R., deux des expériences déjà exposées dans le paragraphe précédent, à l'U.E.R. Alexis Carrel, car elles ont été généralisées aux 4 U.E.R. de Lyon :

- * Le stage interné de 6 mois chez le praticien ;
- * Le quadrimestre hospitalier.

* Nous retrouvons également la suppression du cours magistral dans une autre discipline : la neurologie.

La nouvelle organisation de l'enseignement est très proche de celle déjà relatée au paragraphe précédent (a) , en néphrologie.

- suppression du cours magistral ;
- enseignement à l'hôpital ;
- les étudiants ont 9 séances d'enseignement de 2 heures chacune.

- Ils sont par petits groupes de 15 à 20 à chaque séance ;
- un cours polycopié a été rédigé, qui doit être consulté par l'étudiant avant chaque séance ;
- la présence de l'étudiant est obligatoire ;
- la première demi-heure est consacrée à la théorie : questions de l'enseignant aux étudiants, puis questions des étudiants ;
- le reste du temps est consacré à la présentation de malades, en insistant sur la séméiologie et le déroulement de la démarche diagnostique.
- une interrogation écrite (4 questions en 20 minutes) a lieu aux séances : 3 - 6 et 9. Ces interrogations comptent pour 30 à 40 % de la note de l'examen terminal de fin d'année.

* Organisation à la rentrée 1976, d'un certificat de médecine praticienne :

Il représente un peu le prolongement des événements de la rentrée 1975 (longue grève des choix hospitaliers) qui ont été l'occasion d'une importante réflexion sur les aménagements à apporter pour améliorer la formation médicale. Ainsi, la C.E.R.F.O.R.M. (Commission d'Etude et de Réflexion sur la FORMation Médicale), créée à cette époque par les étudiants lyonnais, avait adressé une circulaire à l'ensemble des généralistes du département : 60 d'entre eux avaient donné leur accord de principe à une coopération à l'enseignement de la médecine générale à la faculté, dans le cadre d'un certificat de médecine pratique. (I).

Ce certificat de médecine praticienne a été pris en place à la rentrée 1976. Il comporte 30 heures.

Le programme (cf. annexe N° I) a été rédigé en commun par des médecins généralistes et des étudiants. L'enseignement se fait sous forme de tables rondes (3 groupes de 20 étudiants), avec la participation

(I) L'enquête nationale réalisée en Juin 1976 par la commission Fougère, a montré que Lyon était, avec Lille et Paris (banlieue non comprise) la ville de France où les généralistes sont le moins favorables à une participation à la formation des étudiants (stage chez le praticien).

de deux praticiens généralistes, et parfois d'un médecin hospitalo-universitaire pour garantir la rigueur scientifique de l'enseignement.

Les étudiants doivent préparer au préalable la question prévue pour la séance ; celle-ci est ensuite reprise par les praticiens dans un sens beaucoup plus pratique, en fonction de leur expérience.

Cette première année d'expérience a apporté la preuve que cette organisation était à améliorer : la première partie de "récitation", donne un esprit très scolaire aux séances, entraînant par ce fait même un manque important de participation des étudiants au niveau de la discussion.

Par ailleurs, ceux-ci ont remarqué que quand un enseignant universitaire était présent aux séances, la participation au débat des omnipraticiens devenait presque nulle.

* En 1974-1975, une expérience a été tentée en DCEM I :

Une liste de questions de séméiologie par spécialité a été établie. L'acquisition de ces connaissances se fait à l'hôpital deux après-midi et une matinée par semaine, d'une part, sous la responsabilité de l'assistant, chef de clinique, et d'autre part, par un travail personnel (livre de l'infirmière).

Le contrôle de ces connaissances se fait par un examen théorique oral par un assistant et un chef de service.

2 sessions sont prévues, l'une en Juin, l'autre en Septembre. L'échec à ces 2 sessions entraîne le redoublement.

c) Expérience de l'U.E.R. KREMLIN-BICETRE à PARIS :

Elle a débuté au cours de l'année 1973-1974 :
il s'agissait d'une tentative de certificats optionnels de médecine générale, débutant dans le 2ème cycle (DC3, DC4) dans le but de donner très tôt le goût de la médecine praticienne aux étudiants.

Il y a ainsi actuellement deux certificats optionnels de médecine générale, conçus comme étant le complément l'un de l'autre : ils peuvent être poursuivis par les étudiants, soit en DC3 et DC4, soit en DC4 et année de stage interné.

* Le premier certificat optionnel est composé de 18 séances de deux heures, dont les sujets sont pris dans la pathologie courante (cf. annexe N°2) par exemple : les troubles digestifs, la dermatologie du praticien, l'anxieux et le déprimé...

L'épreuve finale servant de validation, comporte des réponses à des problèmes concrets : rédaction d'ordonnances, modalités de surveillance d'un traitement, attitude à l'égard du malade et de sa famille...

Ce sont des généralistes qui ont défini le programme, et qui assurent tout l'enseignement, un médecin universitaire présent, se borne à participer aux discussions. Ces généralistes ont ainsi rédigé un cours polycopié, représentant une synthèse de leurs préoccupations.

* Le deuxième certificat optionnel comporte deux parties :

- d'une part, six séminaires de deux à trois heures, ayant pour point de départ des cas concrets, avec la participation en plus des médecins généralistes, de spécialistes hospitaliers ou non. Séminaires sur : le généraliste et ses correspondants hospitaliers - le généraliste et ses correspondants de ville - problèmes de prescriptions et rédaction (ordonnances et certificats), problème de la mise à jour des connaissances.

- d'autre part, des stages, pour amorcer la mise en situation des étudiants. Il a été mis en place ainsi deux types de stage :

= un stage auprès de l'A.U.M.P. (Association pour les Urgences Médicales de Paris), les départements d'urgence recevant des patients non triés.

= un stage auprès du praticien de six mois, à raison d'une journée par semaine : le praticien a le titre de maître de stage.

La validation du certificat repose avant tout sur un rapport de stage fait par l'étudiant.

Une attestation est ensuite délivrée aux étudiants qui ont validé les deux certificats.

* Création, enfin, d'un certificat optionnel de "médecine psychologique en médecine praticienne", ouvert de préférence aux étudiants de DC3-DC4. Il comporte dix séances de deux heures, avec exposé et discussion sur les thèmes suivants :

- introduction à la médecine psychologique ;
 - relation médecin-malade ;
 - théories psychanalytiques ;
 - psychologie médicale et psychiatrie ;
 - interaction du corps et de l'esprit : rôle de la maladie ;
 - problèmes de pratique courante : l'anxieux, le déprimé ;
 - la chimiothérapie courante ;
 - essai de conduite d'une psychothérapie dans la pratique généraliste. Limites et dangers.
- (Bibliographie N° 4 et 8).

d) Expérience de la faculté de médecine de BORDEAUX :

Depuis l'année 1975-1976, il existe un certificat optionnel de médecine omni-praticienne de 30 heures, et l'année 1976-1977 a vu la création d'un deuxième certificat optionnel de durée équivalente.

Ces certificats associent médecins praticiens, internistes et spécialistes.

Les organisateurs insistent sur la nécessité de ne pas faire double emploi avec l'enseignement traditionnel, mais de dégager les problèmes spécifiques auxquels le praticien est confronté ; ils notent en outre, que si les résultats sont encore difficiles à juger, la grande assiduité des étudiants témoigne de leur intérêt.

(cf. annexe N° 2bi).

e) Expérience de la faculté de médecine de MARSEILLE :

L'expérience entreprise en 1973, d'un cycle de conférences avec le concours de praticiens et d'universitaires s'est soldée par un échec ; mais la faculté projette de reprendre cette expérience sous une autre forme, de façon à aboutir à la création d'une attestation de médecine praticienne.

f) Projets de la faculté de médecine de TOURS :

Il est d'emblée accepté comme principe à Tours, que le curriculum ne peut être allongé ; aussi, les projets se situent-ils au cours du 2ème cycle des études médicales en grande partie.

Les participants du séminaire pédagogique de Tours estiment que le généraliste "peut et doit intervenir" dans l'enseignement de la médecine générale : il a été ainsi prévu quatre niveaux d'intervention du généraliste dans l'enseignement, qui se situent presque tous dans le deuxième cycle.

Les quatre niveaux de participation des généralistes à la formation de leurs futurs confrères seraient : la faculté, l'hôpital, le stage auprès du praticien, le "parrainage".

* A la faculté : par leur collaboration aux entretiens dirigés : participation aux groupes de préparation comprenant le directeur du certificat et des chefs de clinique ou moniteurs, et participation également à la conduite des entretiens dirigés menés par le chef de clinique.

Le praticien serait un "attaché d'enseignement", avec une rémunération.

* A l'hôpital : sous forme d'entretiens avec les étudiants, dans le cadre des stages hospitaliers ; ils agiraient alors en tant qu'"attachés hospitaliers".

* Le stage auprès du praticien : il est prévu pour les étudiants de DC4, ne possédant pas encore de licence de remplacement, et également pendant le 3ème cycle. Il sera d'une durée de dix journées avec la participation d'au moins deux praticiens différents. Les étudiants doivent rechercher eux-mêmes les praticiens susceptibles de les accueillir.

* Le "parrainage" ou "initiation sensibilisation" :

Chaque étudiant, à partir de DC I, sera invité à trouver un médecin praticien acceptant de le recevoir. Les dialogues auront pour objectifs de rapprocher les étudiants des réalités de la vie professionnelle du généraliste, et de les sensibiliser à son exercice.

Il a également été réalisé une enquête en 1976 auprès des praticiens généralistes de la région centre, afin de sonder l'opinion des omnipraticiens sur ces projets, et sur leur adhésion éventuelle.

Les options les plus fréquemment retenues par les généralistes, interrogés et ayant répondu, sont les suivantes :

- pour le stage auprès du praticien en DC4 : 81 % ;
- pour "l'initiation parrainage" de DC I à DC 3 : 76 % ;
- pour la participation à la définition des objectifs pédagogiques : 62 % ;
- pour la prise en charge d'enseignements théoriques (tables rondes, enseignements dirigés) : 54 % ;
- pour la prise en charge des étudiants dans les services hospitaliers : 41 %.

La mise sur pied de ces réalisations sera prochaine, avec la participation des étudiants au Conseil de l'Unité. (Bibliographie N° 20).

II - AMENAGEMENT D'UN 3ème CYCLE SPECIFIQUE DE MEDECINE GENERALE
=====

a) Expérience de la faculté de médecine de CRETEIL :

L'année 1975-1976 a vu la mise en place à Créteil d'un 3ème cycle spécifique pour le praticien généraliste, d'une durée de un an. Ce 3ème cycle contient plusieurs types d'enseignements différents :

* Séances de deux heures, ayant lieu deux fois par semaine.

Le programme pédagogique a été établi en commun par des enseignants universitaires de médecine interne et de représentants du conseil de l'ordre départemental du Val de Marne, comme représentants des généralistes.

Les étudiants connaissent le programme de chaque séance : par exemple : "conduite à tenir devant les infections urinaires " et ils

savent que, comme dans les anciennes conférences d'externat ou d'internat, l'un d'entre eux sera amené à exposer le sujet devant les autres : ils préparent donc tous le sujet au préalable. L'exposé de l'étudiant est ensuite discuté par le groupe, composé des autres étudiants, de deux ou trois généralistes, d'un spécialiste du sujet, et d'un "modérateur" interniste universitaire.

Les sujets abordés sont très variés, tels que : relation omni praticien-malade, omni praticiens-hopitaux, omni praticiens-spécialistes, omni praticiens-administration... Assurance, cabinet de groupe, les urgences, les maladies aiguës, les maladies de longue durée... la part consacrée à la thérapeutique est importante.

Il est prévu de créer un département universitaire de formation du généraliste, auquel seraient associés des généralistes, avec un titre de chargé ou d'attaché d'enseignement et une rémunération spécifique. Pour l'instant les généralistes sont bénévoles.

* Organisation également d'un stage auprès du praticien, composé de 2 stages de 3 mois chacun, auprès de deux praticiens différents (cinq demi-journées par semaine). Cette année tenant lieu de stage interné, (sans rémunération), ces stages alternent avec des stages pratiques dans des organismes de prévention, de sécurité sociale, ou dans des spécialités préparant à l'exercice de l'omni praticien : petite chirurgie, petite ORL...

Le généraliste recevant les stagiaires est doté du titre de maître de stage.

* Enfin, l'U.E.R. a élaboré une "check list" remise aux étudiants avec un certain nombre de gestes pratiques indispensables au généraliste. En face de chaque geste, il est indiqué le nom d'un spécialiste qui pourra l'enseigner. L'étudiant choisit dans l'année le moment où il ira voir le spécialiste, qui, lorsqu'il considère que l'étudiant pratique correctement le geste, valide la case correspondante. (cf. annexe N° 2 ter). (Bibliographie N° 4, II, I2).

b) Expérience de la faculté de médecine de LILLE :

Cette expérience est très récente, puisqu'elle a débuté à la rentrée d'Octobre 1976.

Elle comporte un enseignement théorique en séminaires, et surtout un stage actif auprès du praticien. Cette expérience pédagogique, initialement limitée à l'une des U.E.R. médicales de l'université de Lille II sera étendue à l'ensemble de la faculté au cours de la prochaine année universitaire.

C'est une "Commission de Médecine Omnipraticienne", créée par décision du Conseil Plénier de l'U.E.R., qui a permis l'élaboration de ce 3ème cycle de médecine omnipraticienne ; elle était composée : du Directeur de l'U.E.R., des responsables des conseils pédagogiques, des représentants des syndicats médicaux, des enseignants de médecine interne, et des représentants des étudiants.

Cet enseignement de 3ème cycle est facultatif, et envisagé encore à titre expérimental pour un nombre limité d'étudiants volontaires ; il ne constitue pas un certificat, et n'est pas sanctionné par un examen : il ne justifie ainsi l'attribution d'aucun titre ni d'aucun diplôme en fin de cycles d'études.

72 étudiants ont suivi cet enseignement, par choix volontaire (environ 1/3 de la promotion) : ils ont été divisés en six groupes de 12 pour les séminaires de médecine omnipraticienne organisés à la faculté.

* Enseignement théorique, ou séminaires de médecine omnipraticienne :

24 thèmes de séminaires ont été définis, et répartis en 4 grandes rubriques (cf. annexe N°3). Ces thèmes sont animés dans les locaux de la faculté par un universitaire et deux ou trois médecins généralistes "attachés d'enseignement clinique". 60 médecins ont ainsi été nommés "attachés d'enseignement clinique" et ont accepté la nécessaire préparation pédagogique des thèmes dont ils avaient reçu la charge. Cette préparation, le plus souvent effectuée au contact de l'universitaire co-animateur, a visé à tenir le plus grand compte de l'indispensable transmission aux étudiants du "savoir faire" des omnipraticiens et de leur expérience pratique.

* Enseignement pratique :

Outre l'exercice obligatoire des fonctions de stagiaire interné dans les hopitaux, il a été organisé des stages auprès du praticien. Ces praticiens sont des "maîtres de stage". Leur sélection a été exclusivement réalisée

par les responsables des organisations professionnelles, syndicales et de formation médicale continue. Tous ces praticiens étaient volontaires.

Le stage fait l'objet d'un contrat établi entre le Doyen de l'U.E.R., le Maître de stage, et l'étudiant :

il sera de 6 semaines ou de 3 mois, à raison de trois demi-journées par semaine, et prendra place pendant la réalisation du stage interne.

(Bibliographie N° 22).

c) Expérience de la faculté de médecine de NANCY :

Les facultés de médecine de Nancy ont organisé depuis 1974, avec la collaboration de l'institut lorrain de formation médicale continue, un troisième cycle de deux ans, pour préparer les étudiants à l'exercice de la médecine générale.

Ce troisième cycle d'enseignement est composé :

- * De certificats optionnels spécifiques de médecine générale.
- * De séminaires groupant universitaires, praticiens, étudiants.
- * De stages chez le praticien.

Les organisateurs de ce cycle (les doyens des facultés A et B de médecine de Nancy, et le président de l'institut lorrain de formation médicale continue) défendent depuis plusieurs années la thèse de la participation du généraliste à l'enseignement théorique et surtout à l'enseignement pratique des étudiants. Ils ont ainsi, eux aussi, fait précéder leur expérience, par un sondage auprès des 910 omnipraticiens de Lorraine (Moselle, Meurthe et Moselle, Vosges et Meuse) afin de connaître leur opinion et leur éventuel désir de participation à l'expérience. (Bibliographie N° 22).

d) Expérience de l'U.E.R. de BOBIGNY :

C'est une expérience de 3ème cycle spécifique de médecine générale de 3 ans, dont nous parlerons dans la deuxième partie.

C - VERS UN PROJET OFFICIEL EN FRANCE :
 LE RAPPORT DE LA COMMISSION FOUGERE

La Commission FOUGERE, qui porte le nom du Conseiller d'Etat qui la préside, a été formée par décision ministérielle du 5 Juillet 1973 pour "l'étude des problèmes relatifs à la formation du médecin généraliste (formation spécifique 3ème cycle des études médicales) et sa promotion".

I - UN PREMIER RAPPORT DE CETTE COMMISSION EST PARU EN DECEMBRE 1975

Ce rapport constate en premier lieu la crise que traverse actuellement la médecine générale, crise qui, de l'avis de la majorité des membres de la commission, sera durable. Il critique par ailleurs le mode actuel de formation du généraliste : "la commission a été unanime à juger que le mode de formation actuel des généralistes était gravement défectueux".

La Commission FOUGERE demande donc un 3ème cycle obligatoire de 2 ans, spécifique de la formation du généraliste.

La commission préconise également une meilleure répartition des médecins généralistes, par un certain nombre de mesures incitatives, ainsi que l'amélioration des conditions d'exercice, avec au premier rang, le développement de la médecine de groupe.

La commission note par ailleurs que "l'omnipraticien et l'hôpital sont largement étrangers l'un à l'autre... Lors même qu'elle agit dans son domaine propre, la médecine hospitalière aurait souvent intérêt à le faire en liaison avec le médecin traitant". Elle retient ainsi :

- l'amélioration des échanges d'informations relatives aux patients, entre hospitaliers et omnipraticiens ;
- la conservation des rapports "assez étroits et bons" développés entre omnipraticiens et hopitaux de 2ème catégorie ;
- la pleine responsabilité du médecin généraliste pour ses patients en hospitalisation à domicile.

Enfin, la commission envisage la promotion du généraliste, en soulignant le rôle primordial de la formation continue et d'un réajustement des rémunérations. (Bibliographie N° 5).

La mission de la commission fut ensuite élargie à l'organisation du cycle de formation spécifique du généraliste qu'elle proposait, à la réforme des premier et deuxième cycles des études médicales, et à l'étude du problème de la formation des spécialistes.

II - LE RAPPORT FINAL DE LA COMMISSION FOUGERE A ETE RENDU PUBLIC LE =====

28 MARS 1977
=====

L'une des constatations fondamentales de la commission sur les raisons de telles réformes, était l'insuffisance fréquente, révélée et confirmée par de nombreuses enquêtes récentes, de la formation pratique et clinique, alors que la formation théorique était jugée généralement d'un bon niveau.

a) Mesures envisagées au niveau des 1er et 2ème cycles :

Comme le dit lui-même le rapport, "la commission ne propose dans ce domaine aucune mesure révolutionnaire". Elles concernent la composition des programmes, la répartition des matières entre les années d'enseignement, les méthodes d'enseignement, la vérification des connaissances etc... dans le souci de relier constamment l'enseignement théorique à la formation clinique et pratique.

* La réforme du 1er cycle :

Sa durée resterait de deux ans.

Les membres de la commission ont été unanimes à estimer :

- que les sciences de la matière et de la vie doivent être privilégiées par rapport aux sciences exactes ;
- que ces sciences doivent être enseignées dans la mesure du possible avec le souci de leur application à la médecine ;
- qu'elles ne doivent pas tenir une place trop prédominante dans les épreuves subies à la fin de la première année du premier cycle.

Les étudiants prendraient, d'autre part, dès ce cycle, contact avec la médecine, le malade et l'hôpital, au moyen d'un premier stage de séméiologie placé en 2ème année et qui ferait l'objet d'une validation obligatoire.

* La réforme du 2ème cycle :

La commission a fait 3 propositions importantes :

- la première concerne la structure de l'enseignement théorique qui pourrait comprendre un tronc commun, obligatoire pour tous les étudiants, incluant les matières dont la connaissance est indispensable à tout médecin, et deux volets optionnels destinés à faciliter l'orientation des étudiants vers les disciplines cliniques, la biologie ou la recherche.
- la seconde proposition de la commission concerne les matières d'enseignements, avec notamment des recommandations concernant deux matières d'importance croissante : la médecine préventive et l'économie de la santé.
- la troisième proposition concerne la formation pratique des étudiants par les stages hospitaliers, jugée souvent insuffisante. La commission propose des stages obligatoires dès la première année de deuxième cycle, les étudiants portant le titre d'étudiants hospitaliers, et étant rémunérés.

La commission propose également la présence des médecins praticiens à l'hôpital pour renforcer l'encadrement des étudiants, et une validation des stages hospitaliers plus rigoureuse.

Enfin, la commission propose un examen final, en fin de deuxième cycle, qui remplacerait les examens de clinique actuels.

Ce nouvel examen obligatoire pour tous les étudiants porterait sur toutes les matières médicales obligatoires, enseignées au cours du deuxième cycle.

La commission recommande pour cet examen, l'utilisation de la méthode des questions à réponse ouverte et courte.

b) Mesures prises pour les cycles terminaux de formation spécifique :

Elles concernent les cycles terminaux des futurs généralistes et des futurs spécialistes. Nous ne parlerons que de ceux des futurs généralistes.

La commission propose un 3ème cycle de formation spécifique du généraliste qui devrait être obligatoirement validé, pour exercer la médecine générale.

Ce cycle terminal de deux ans, aura avant tout un caractère pratique (cette période de deux ans inclura le stage pratique de fin d'études actuel).

Les trois-quarts de ce cycle (18 mois) seront accomplis en milieu hospitalier, à plein temps, avec des responsabilités pour l'étudiant égales à celles qu'assurent aujourd'hui l'interne.

Les 6 mois restants seront occupés par des stages extra hospitaliers formateurs : stages auprès du praticien, auprès de centres de P.M.I., de médecins du travail, de médecins de santé scolaire, de médecins conseils à la sécurité sociale etc...

Ces divers stages devront avoir un caractère actif, avec la possibilité d'accomplissement d'actes médicaux.

Une importance toute particulière est donnée au stage chez le praticien qui pourrait même être obligatoire pendant 3 mois pour tous les futurs omnipraticiens.

Un complément théorique sera apporté à cette formation pratique, sous la forme de 150 heures par an d'enseignement (cf. annexe N° 3 bis).

La validation du cycle terminal serait prononcée après un examen du dossier de l'étudiant.

(cf. annexe N° 3 ter, pour le projet de décret relatif au cycle terminal spécifique du généraliste).

La mise en oeuvre de ces réformes implique la réduction du tiers environ (de 9.000 à 6.000) du nombre des médecins qui seront formés chaque année. La sélection envisagée par la commission se situerait en début d'études, de manière à supprimer la pléthore de la première année du premier cycle.

La Commission FOUGERE a donc repris un certain nombre d'innovations importantes des différentes expériences présentées : telle que la création d'un troisième cycle de médecine générale, ou le stage actif chez le praticien. La participation des omnipraticiens à ce troisième cycle dans le cadre de la faculté n'a cependant pas été envisagée par la commission. (Bibliographie N° 17).

CHAPITRE II :

EXPERIENCE DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BOBIGNY

C'est en 1972-1973 que la faculté de médecine de BOBIGNY a proposé aux étudiants un "diplôme universitaire de médecine générale" : depuis 1968, le centre de Bobigny disposait d'une autonomie suffisante pour pouvoir mettre en place un curriculum particulier d'études médicales. Mais il ne s'agit bien entendu pas d'un diplôme d'état, dont la création relèverait du ministère de l'Education Nationale.

Le directeur de l'U.E.R. de BOBIGNY avait demandé à des généralistes d'organiser une formation spécifique pour les futurs généralistes ; l'élaboration du projet a duré 18 mois, et a été le fruit de la réflexion d'environ 40 généralistes, qui tous étaient remarquables par leur souci d'améliorer la formation de la médecine générale, et leur intérêt pour les phénomènes psychologiques inhérents à son exercice.

Il a été ainsi mis en place un troisième cycle de médecine générale de trois ans, faisant suite à une introduction aux problèmes de la médecine praticienne au cours du deuxième cycle : il s'agit d'une continuité pédagogique entre les différents cycles.

C'est dans le souci de revaloriser la compétence du futur généraliste qu'a été entrepris ce 3ème cycle, dont le but n'est absolument pas de combler des lacunes théoriques éventuelles du 2ème cycle : l'étudiant étant supposé arriver avec les connaissances fondamentales acquises.

Le diplôme universitaire supérieur en médecine générale qui est ainsi délivré au terme des trois années, par l'université PARIS XIII, n'est pas un diplôme d'état, dont la création relèverait du ministre de l'Education Nationale.

L'enseignement du diplôme de médecine générale couvre une période de trois ans, en partant de l'observation qu'en France, la période qui s'écoule entre la fin du deuxième cycle et la soutenance de thèse, est en moyenne actuellement de 3 ans ; période pendant laquelle l'étudiant est livré à lui-même. (cf. bibliographie N° 4 - 9).

- La première année correspond au stage interne, et aux examens de clinique ;
- La deuxième année correspond à la préparation de la thèse, axée si possible sur un travail de recherche en médecine générale : domaine où pratiquement rien n'a encore été fait (par exemple : action du praticien auprès des patients hypertendus, ou la migraine en médecine praticienne) ;
- La troisième année correspond aux premiers pas dans la vie professionnelle du médecin généraliste.

QUI VA A BOBIGNY ?

A la rentrée d'Octobre 1976, environ cent étudiants étaient inscrits en première année de ce troisième cycle de médecine générale. Les anciens étudiants de l'U.E.R. de Bobigny au cours des deux premiers cycles se trouvaient minoritaires en raison de l'afflux important d'étudiants de la France entière : Limoges, Brest, Tours, Rouen, Rennes, Nantes, Paris, Lyon. La participation féminine était de 20 % environ, c'est à dire beaucoup moins importante que dans le cursus normal des études : les femmes préférant en général la médecine salariée ou spécialisée à la médecine omni-praticienne.

La motivation des participants est apparue nettement dès la première séance, consacrée au thème "la médecine générale". L'intérêt pour la formation spécifique de médecine générale proposée à Bobigny, tient d'abord aux perspectives de carrière : on vient à Bobigny d'abord parce qu'on veut être généraliste. Puis, ce qui domine les échanges entre les participants, c'est une certaine angoisse devant la perspective de l'exercice professionnel, angoisse due en partie aux carences de la formation actuelle pour les généralistes. En raison de cette angoisse, beaucoup d'étudiants tardent à s'installer. La majorité des participants vient chercher à Bobigny une attitude pratique ; essayer d'apprendre à utiliser dans une médecine quotidienne, les connaissances acquises dans les C.H.U. Enfin, les participants remarquent que, si les généralistes sont dépréciés par rapport aux autres membres de la profession médicale, paradoxalement, beaucoup d'étudiants choisissent une spécialité par "peur" d'être généralistes.

Les étudiants de Bobigny sont-ils avant tout de futurs généralistes particulièrement soucieux de pratiquer une médecine de qualité, ou bien un échantillonnage d'étudiants plus timorés que les autres ? En fait, les deux s'imbriquent : ce sont des étudiants responsables et qui, mis en face de leurs responsabilités, ne peuvent admettre sans crainte de pratiquer une médecine qu'ils connaissent mal : il leur apparaît donc nécessaire de se familiariser avec leur nouvel exercice avant de le pratiquer.

I - FORMATION THEORIQUE

Toutes les séances d'enseignement se déroulent sous forme de tables rondes animées en général par deux médecins généralistes (selon les sujets, peuvent y participer également des spécialistes, des hospitaliers, des paramédicaux...).

Il s'agit de passer des connaissances théoriques supposées acquises, et d'expériences limitées à une pathologie hospitalière souvent hautement spécialisée, à la pratique de la médecine générale.

C'est donc une aptitude pratique que l'enseignement de ce troisième cycle doit développer : aptitude à exercer la médecine générale, c'est à dire, à faire face à toutes les demandes et à toutes les situations, même et surtout celles pour lesquelles, dans leur état d'avancement, les sciences médicales n'ont pas encore trouvé de solution.

Au cours des deux premières années, l'étudiant devra valider l'équivalent de 10 unités de valeurs de 50 heures chacune, incluant la préparation des cliniques et la thèse.

a) En TCEM I :

Quatre modules d'enseignement sont proposés :

* L'appel d'urgence en médecine de ville :

L'urgence est vue en général en premier par le médecin généraliste.

Au programme :

- les structures organisées des services d'urgence ;
- la traumatologie courante ;
- les malaises ;
- les "crises de nerfs" ;
- les convulsions ;

- le malade dangereux ;
- les douleurs aiguës ;
- les intoxications aiguës ;
- les crises d'étouffement.

* La médecine générale quotidienne :

- les "maux de tête" ;
- les "vertiges" ;
- le rhumatisant ;
- la jambe lourde ou douloureuse ;
- la pathologie du pied ;
- la pathologie de l'oeil ;
- les rhinopharyngites de l'enfant ;
- les problèmes ORL de l'adulte ;
- les problèmes de bouche ;
- la pathologie anorectale ;
- la "crainte cardiaque" ;
- la toux ;
- l'insuffisance respiratoire ;
- le dos ;
- le sein ;
- la douleur abdominale ;
- le patraque digestif ;
- le constipé et le colitique ;
- le pléthorique et l'obèse ;
- l'anorexique ;
- l'alcoolique ;
- les régimes ;
- l'éducation et les comportements alimentaires ;
- la surveillance de la grossesse ;
- les premiers mois de la vie ;
- l'enfant "à problèmes" ;
- l'enfant placé ou hospitalisé ;
- la surveillance de l'adolescent ;
- le malade et sa "tension" ;
- hématologie quotidienne ;

- la fièvre ;
- les autres symptômes chiffrés ;
- le dépistage et les facteurs de risque ;
- la prévention et les examens systématiques ;
- la pathologie dépassée ;
- la surveillance des "appareillés" ;
- les automédications et les thérapeutiques marginales

* Ouverture vers des médecines "différentes" :

- table ronde sur l'acupuncture, avec un acupuncteur.
- table ronde sur l'homéopathie, avec des médecins homéopathes.

Les études médicales nous ont laissé totalement dans l'ignorance de ces deux méthodes thérapeutiques originales, alors que dans la pratique quotidienne, les patients abordent souvent ces sujets, ne serait-ce que pour être conseillés : comment conseiller quelqu'un sur un sujet que l'on ne connaît pas ?

* La thérapeutique appliquée :

Cet enseignement a pour but de roder l'étudiant à la pratique de la prescription. Le jeune médecin rencontre en effet sur ce chapitre de grandes difficultés, car il est confronté, d'une part, à une terminologie commerciale au sein de laquelle il lui est difficile de retrouver les termes scientifiques et pharmacologiques qu'il a pu employer au cours de ses études, d'autre part, les problèmes pratiques liés au conditionnement, à la présentation, au dosage sont souvent absents de l'enseignement théorique (peut-être par souci des enseignants de ne pas faire de publicité pour les laboratoires pharmaceutiques). Par exemple, pour un traitement par les corticoïdes, il est couramment enseigné : "faible dose" ou "forte dose de corticoïdes". Mais où commence la forte dose ? Quel corticoïde serait le mieux adapté : synthétique ou non ? etc... Toutes ces questions sont fondamentales pour un étudiant qui n'a jamais prescrit. Il a bien sûr l'occasion, et il faut qu'il la saisisse, d'apprendre la thérapeutique pendant sa vie hospitalière, notamment lors des consultations, mais le nombre limité de services hospitaliers qu'il fréquentera, limitera par là même sa connaissance thérapeutique à quelques spécialités.

Cette thérapeutique appliquée enseignée au cours de ce troisième cycle de médecine générale, est étudiée à partir d'un ou plusieurs cas pathologiques particuliers, pendant deux heures, chaque semaine.

Exemple de cas pathologique :

Un enfant de 4 ans présente une fièvre à 39° accompagnée d'une toux et d'une discrète dyspnée et polypnée. Il a eu "mal au ventre".

L'examen a révélé à l'auscultation pulmonaire des râles en foyers multiples, avec sous crépitants et crépitants fins.

Conduite à tenir : (Bronchoalvéolite).

L'examen clinique sera complété par une attention toute particulière portée sur le nez, la gorge, les oreilles, les aires ganglionnaires.

Le traitement comportera, outre le repos au lit, et certains conseils (ne pas couvrir l'enfant, lui faire boire de l'eau fraîche...) une prescription médicale :

ne pas oublier d'indiquer l'âge de l'enfant en haut de l'ordonnance.

- prescription d'un antipyrétique :

par exemple CATALGINE 0,10 : 1 paquet 3 fois par jour ;

ou suppositoires PRENOXAN faible : 2 à 3 par jour ;

ou ALGOTROPYL suppositoires enfants : 1 à 2 par jour.

- prescription d'un antitussif :

sirop de TOPLEXIL par exemple : 3 cuillères à café par jour.

- une antibiothérapie :

T A O suspension : 1 cuillère à café 4 fois par jour.

ABBOTICINE 200 à croquer : 1 comprimé 4 fois par jour par exemple.

Le traitement est à poursuivre pendant 6 jours.

Si le contexte social est très défavorable, que l'enfant ne pourra être revu (cas rares), il faudra préférer un traitement par antibiotiques injectables par auxiliaire médicale à domicile pendant 3 jours. Par exemple :

COLIPENI : 1/2 flacon matin et soir

le relais per os étant pris pendant 3 jours, ensuite.

* Dossiers programmés (cf. annexe N° 4) :

Six séances environ seront consacrées à un travail sur dossier programmé ou questions-tests, comme moyen d'auto-évaluation en début et en fin d'année, mais aussi comme préparation aux examens de cliniques : cet examen se passe en effet sous forme de dossier programmé. Dans ce dossier programmé, l'étudiant doit adopter une attitude diagnostique et thérapeutique, devant un cas pathologique précis : examens complémentaires à demander éventuellement, ordonnance à rédiger, si soins à domicile ; gestes à pratiquer en urgence, éventuellement ; lettre à rédiger en cas d'hospitalisation. etc...

b) En TCEM II :

L'objectif de l'année est de parvenir à l'aptitude de l'étudiant à l'installation indépendante et autonome. Plusieurs modules différents et indépendants les uns des autres seront abordés :

- dermatologie courante : 6 séances ;
- pathologie génitale et sexuelle : 6 séances ;
- gériatrie pratique : 8 séances ;
- psychiatrie pratique : 6 séances ;
- le terrain et l'environnement : 6 séances ;
- législation, installation, gestion : 6 séances ;
- présentations de dossiers provenant des journées de remplacement ;
- groupe de travail des thèses.

c) En TCEM III :

Correspondant normalement aux premiers mois d'installation ; la formation plus ou moins théorique des deux premières années sera remplacée par une initiation à la formation continue.

Le jeune médecin devra en outre rédiger un mémoire en rapport direct avec sa nouvelle activité professionnelle en médecine générale.

Le sujet et la rédaction du mémoire seront effectués en collaboration avec l'un des enseignants généralistes de l'U.E.R., afin que la soutenance de ces mémoires et la validation finale du "diplôme universitaire de médecine générale", ne s'éloigne pas des préoccupations qui ont présidé à l'organisation de ce troisième cycle.

La première "diplômée de médecine générale " (diplôme sans valeur légale), une jeune femme, l'a été en Décembre 1976 ; son mémoire a obtenu le prix du "Quotidien du médecin".

d) Exemple d'une séance de table ronde en TCEM I : "les régimes" :

Il a été précisé au début de la séance que l'on excluait les régimes propres aux nourrissons, sujet d'un autre entretien.

Un étudiant sortant de la faculté avec la formation théorique traditionnelle n'aura pas d'hésitation sur le type de régimes à prescrire, et sur les modalités de prescription ; par exemple pour un diabétique, un obèse, un patient présentant une hyperlipidémie, une hyperuricémie... Aussi les modalités de prescription du régime n'étaient-elles pas la préoccupation principale de cette table ronde.

Il s'agissait surtout de réfléchir aux conséquences sur la vie du patient, de la prescription d'un régime, le but de l'intervention du généraliste étant toujours de considérer l'individu dans son ensemble, et non seulement sa maladie (diabète, obésité...).

Un certain nombre de points sont ainsi apparus particulièrement importants :

- un régime est plus ardu à suivre pour le patient, que tout autre traitement : il est en effet plus contraignant de se contenir et de changer ses habitudes alimentaires, que d'absorber un produit sous n'importe quelle forme.
- un régime est toujours un traitement de longue durée, souvent même un traitement à vie... d'où l'importance des premières consultations qui fixeront un certain nombre d'attitudes.
- le médecin devra apprécier les habitudes alimentaires du patient afin d'en éviter un bouleversement trop important lors de la prescription du régime : rôle du contexte social, économique, culturel...
- Dans le but de mieux connaître les habitudes alimentaires, le médecin s'efforcera de faire préciser l'alimentation quotidienne de son patient : par exemple en lui demandant de noter les menus pendant huit jours consécutifs, avec précision des horaires des repas.

- il est essentiel que le patient puisse, malgré son régime, garder une vie normale, ou la plus normale possible, sans s'exclure par exemple d'un certain nombre de manifestations où "la table" a son importance. Nous avons ainsi noté l'intervention de la personnalité du patient : certains "obsessionnels" mènent leur régime d'une façon draconienne, et en arrivent à une exclusion totale de toute vie sociale : le régime ne devient-il pas alors plus nuisible que son abstention ?

- le problème du patient récalcitrant, qui ne veut pas suivre son régime, est apparu tout aussi important, car parfois lourd de conséquences, comme chez le diabétique par exemple. La non observation des prescriptions médicales nous apparaissait plus fréquente en matière de régimes que pour les autres types de traitement, et ceci en raison de son caractère plus ardu. Le rôle du praticien nous est alors apparu délicat, celui-ci ne pouvant recourir qu'à la persuasion.

- enfin, en ce qui concerne l'obésité, nous avons souligné l'importance de l'implication psychologique du patient et du praticien ; il nous apparaissait qu'à partir du moment où s'établissait une relation médecin-malade, avec volonté de part et d'autre de maigrir et faire maigrir, le patient maigrissait, et ceci, quelle que soit la méthode utilisée (en notant toutefois que plus la méthode était fantaisiste ou même charlatanesque, moins l'effet risquerait d'être durable).

Nous pensions ainsi, que si l'on supprimait la relation médecin-malade du schéma thérapeutique, l'amaigrissement serait beaucoup plus improbable.

Il apparaissait donc en conclusion de cette séance, qu'un régime peut avoir des conséquences qu'il importe de mesurer avec soin, avant de le prescrire, et qu'une enquête préalable soigneuse est ainsi le plus souvent nécessaire auprès du patient.

II - FORMATION PRATIQUE

=====

C'est cette formation pratique qui constitue l'élément essentiel de la préparation à l'exercice de la médecine générale. Il s'agit de mettre les étudiants en contact avec les réalités quotidiennes qu'ils rencontreront au cours de leur exercice professionnel.

La formation pratique comporte trois types d'activités principales :

- des fonctions hospitalières en médecine générale ;
- des remplacements de praticiens ;
- un stage auprès d'un praticien.

a) Le stage interné hospitalier :

Il est apparu nécessaire aux organisateurs du troisième cycle de médecine générale de Bobigny, que le stage interné soit effectué dans des services qui ne soient pas hautement spécialisés : l'idéal étant le service de médecine générale d'un hôpital de seconde catégorie, et l'étudiant y occupant si possible des fonctions d'interne ; c'est à dire comportant des responsabilités directes, diagnostiques et thérapeutiques.

b) Les remplacements :

Quelles qu'en soient les modalités, le remplacement est formateur pour l'étudiant, car il constitue la première mise en situation professionnelle autonome. Les remplacements constituaient ainsi depuis longtemps le mode de formation complémentaire utilisé par de très nombreux étudiants, avant leur installation. Le troisième cycle de médecine générale se propose donc de suivre les étudiants au cours de leurs remplacements au moyen de tables rondes spécifiques sur ce sujet, afin qu'ils exploitent au mieux les enseignements qu'ils peuvent en tirer.

L'étudiant doit aussi pouvoir justifier de la réalisation d'activités de remplacement pendant toute la durée de son 3ème cycle, et fournir des renseignements précis sur la manière dont elles se sont déroulées.

c) Le stage auprès du praticien :

Ce stage est un stage passif, qui devra comporter au moins dix demi-journées réparties en visites en ville et en consultations au cabinet du praticien. L'étudiant qui s'inscrit à Bobigny devra avoir réalisé ce stage passif, sanctionné par un double rapport de stage, de la part de l'étudiant et de la part du praticien.

Selon les organisateurs du troisième cycle de médecine générale, ce stage passif auprès du praticien a plusieurs objectifs :

- faire prendre conscience à l'étudiant de la réalité quotidienne en médecine de ville. Des stages chez plusieurs praticiens

différents permettent notamment à l'étudiant d'appréhender les façons différentes dont des médecins différents répondent à une demande identique de la part d'un malade.

- ce stage est aussi l'occasion pour l'étudiant de confronter les connaissances acquises au cours des deux premiers cycles avec la pratique médicale effective ; il est en effet souvent difficile de faire cadrer les connaissances théoriques et stéréotypées avec la réalité quotidienne, variée et nuancée.
- enfin, l'étudiant prend ainsi conscience de ce qu'est la responsabilité non partagée, hors du climat sécurisant de l'équipe hospitalière.

d) Quelques réflexions sur le stage que j'ai effectué auprès de praticiens généralistes :

Avec le désir de réaliser un stage passif auprès d'un médecin généraliste, j'entrepris de rechercher un médecin omnipraticien qui m'accepterait comme stagiaire.

Le premier praticien sollicité avait déjà un stagiaire depuis 1 mois. Les médecins suivants arguaient soit de l'exiguité de leurs locaux, soit de leur manque de temps, soit même de leur désintérêt pour la question ; l'un d'entre eux, intéressé, après un rapide sondage auprès de sa clientèle, renonça devant la réticence qu'elle aurait exprimée.

Je trouvai enfin un accueil très favorable auprès d'un cabinet de groupe de trois médecins généralistes (deux hommes et une femme, cette dernière venant de s'associer à eux le mois précédent). Eux-mêmes pensaient déjà depuis quelques temps à accueillir un stagiaire passif, mais ne l'avaient pas encore fait.

J'assistai ainsi à un certain nombre de consultations et matinales de visites à domicile, avec chacun d'entre eux pendant environ trois mois.

Il est certain que, au-delà de la découverte d'un exercice nouveau et inconnu, dont la méconnaissance me pesait, ce stage a été libérateur d'angoisse. Cette anxiété résultait en grande partie de la peur de l'inconnu : celui-ci levé, cette angoisse a disparu.

Quoi qu'il en soit, ce stage fut l'occasion d'un intérêt sans cesse renouvelé

. J'ai d'abord pu constater que l'exercice de la médecine générale correspondait à ce que j'en attendais :

La demande des patients était très différente de celle que je connaissais à l'hôpital. Je la soupçonnais parfois, mais d'autres fois, en étais fort surprise : par exemple cette très vieille dame qui écrit à son médecin pour lui demander de passer "quand il aura le temps", car elle est bien isolée et aimerait être rassurée sur sa santé... et peut-être surtout avoir une visite. J'ai été extrêmement frappée par la très grande diversité des demandes ; aucune consultation ne ressemble vraiment à une autre : cette constatation contredisait totalement les échos que j'avais pu en avoir depuis le début de ma formation : "la médecine générale... toujours pareil, des gripes, des angines !..."

. Le fait de "connaître" son malade qui me paraissait déjà capital, m'apparaît maintenant comme la clef de l'exercice de la médecine générale. Cette connaissance est privilégiée d'une part grâce aux visites à domicile qui permettent de voir les patients dans leur cadre de vie, d'autre part du fait qu'une part importante des consultants est constituée du même pool de patients revenant à intervalles réguliers, soit parce que ce sont des patients présentant une maladie chronique, soit parce que ce sont des patients à suivre avec une attention particulière : enfants en bas âge, femmes enceintes, déprimées..., soit parce que ce sont des inquiets.

. Ce stage m'a également permis d'acquérir un certain nombre de connaissances, notamment en ce qui concerne les gestes thérapeutiques tels que des infiltrations articulaires ou l'utilisation du bistouri électrique pour de petites interventions de dermatologie ; mais aussi en ce qui concerne le "monde de la paperasserie" : patients à l'Aide Médicale Gratuite, arrêts de travail, prolongations, visites pré et post natales de la mère, de l'enfant, certificats en tous genres...

. Ce stage a été enfin, instructif dans de nombreux autres domaines : modalités du paiement à l'acte et apprentissage de ses exigences, reconnaissance de la très nette majorité féminine des consultants, par exemple (70 % environ de femmes pour les praticiens "hommes" du cabinet).

Les patients, avertis par un panneau dans la salle d'attente, avaient la possibilité de demander la sortie du stagiaire. Pas un ne l'a fait, ce qui ne peut s'interpréter pleinement de façon positive : peut-être un certain nombre de patients, gênés par la présence d'une tierce personne,

n'osait le dire, en raison d'une certaine intimidation, caractérisant les rapports entre le médecin et son malade. Ainsi, le cas probable d'une jeune femme : le médecin qui la connaissait bien a nettement senti qu'elle modifiait, en raison de ma présence, le motif de sa consultation.

Il est certain par ailleurs, que pour d'autres patients, la présence du stagiaire était source d'avantages telle la possibilité de prendre à témoin une "tierce personne", ou la satisfaction d'être en présence de deux consultants. Ainsi le cas de madame C... : lors d'une visite à domicile, cette femme, très dépressive depuis la mort assez récente de son mari, présentait une importante symptomatologie fonctionnelle à type de troubles digestifs très divers, crises de palpitations, troubles du sommeil... Cette symptomatologie, nouvelle pour elle, surchargeait sa maladie dépressive d'une angoisse de cancer. A la fin d'une longue consultation au cours de laquelle le praticien avait tenté de rassurer une fois de plus cette patiente sur l'absence de tout cancer (un bilan digestif avait même été pratiqué), celle-ci se tourna vers moi et me demanda : "et vous, Docteur, qu'en pensez-vous ?"

J'ai nettement ressenti que la façon dont j'étais présentée, modifiait le comportement du malade à mon égard : si j'étais présentée comme une étudiante en fin d'études faisant un stage, le patient m'acceptait beaucoup moins bien que si j'étais présentée comme un médecin sur le point de s'installer en médecine générale. Enfin, l'accueil m'a semblé en général meilleur lors des visites à domicile, que lors des consultations.

J'estime que ce stage m'a été grandement bénéfique pour me préparer à mon futur exercice. Mais après n'avoir parlé jusqu'à présent que des points positifs du stage, il apparaît nécessaire de faire quelques remarques sur ses inconvénients :

. Les praticiens généralistes qui m'ont pris comme stagiaire étaient jeunes (exerçant depuis 12 et 6 ans) et participaient régulièrement à une formation post-universitaire : il est donc certain que l'intérêt à double sens souvent reconnu à un tel stage n'a pas été aussi grand qu'il aurait pu l'être avec un praticien d'une autre génération, ou ne pratiquant pas une mise à jour régulière de ses connaissances. Cette remarque est cependant largement tempérée par la grande fiabilité des informations acquises pendant ce stage.

. En second lieu, il est certain que le stagiaire entraîne une perte de temps pour le praticien : c'est la raison pour laquelle nous avons choisi les journées les moins chargées de la semaine pour l'expérience.

. Enfin, il m'est apparu que le stage ne devait pas être trop long : assez rapidement, en effet, la situation de stagiaire passif est ressentie comme très frustrante, ce qui est probablement un gage de réussite du stage. Mais de plus, à long terme, se fait jour le risque d'une identification à un modèle, qui, si elle est favorable un certain temps, peut ensuite limiter la spontanéité et l'autonomie de l'étudiant devenu jeune médecin omnipraticien.

III - LES GROUPES DE SENSIBILISATION A LA RELATION MEDECIN-MALADE

encore appelés : "groupes BALINT". (I)

Les organisateurs de ce troisième cycle de médecine générale de Bobigny ont inclus une formation psychologique de caractère facultatif, dans leur expérience, et ils ont choisi les groupes BALINT, comme cadre de cette formation : il ne s'agit pas en fait de véritables groupes BALINT, le groupe ne comprenant pas de psychiatre, et l'analyse personnelle étant beaucoup moins poussée que dans de véritables groupes BALINT. C'est pourquoi le terme de "sensibilisation à la relation médecin-malade" lui a été préféré.

Le but de ces groupes de sensibilisation est de faire acquérir à ses participants une certaine sensibilité, une certaine capacité d'analyser ses propres réactions face au comportement du patient, et une certaine qualité d'écoute.

A Bobigny, chaque groupe est composé d'une dizaine d'étudiants, et d'un médecin généraliste qui participe lui-même à un groupe Balint depuis plusieurs années. Ces groupes se réunissent deux heures tous les quinze jours.

Un étudiant soumet au groupe le cas d'un patient pour lequel il a ressenti l'existence d'un problème ou même parfois une impossibilité de traitement, en raison de la difficulté relationnelle, ou d'un sentiment d'incompétence devant des problèmes psychologiques complexes du patient.

(I) Le médecin, son malade et sa maladie BALINT

Il est donc bien sûr nécessaire que tous les participants à ce groupe de travail et de réflexion, aient dans la semaine une activité médicale avec des responsabilités thérapeutiques, et donc une expérience de la relation médecin-malade (poste d'interne, remplacements, services d'urgence...) . Le groupe réfléchit au problème posé par l'étudiant, et essaie de lui apporter un éclairage sur son comportement ou sur celui de son patient. Cette recherche n'est pas seulement bénéfique pour celui qui fait appel au groupe, mais aussi pour tous ceux qui réfléchissent avec lui sur son implication affective.

J'ai aussi pris conscience dès la première séance de certaines réalités, grâce au groupe : par exemple, que l'on soigne beaucoup mieux des patients qui nous sont sympathiques, que l'on "aime", que des patients que l'on "n'aime pas".

IV - CONCLUSION

=====

L'expérience de BOBIGNY a été la première des expériences françaises, et chaque année de nouvelles améliorations sont apportées, eu égard à l'expérience acquise.

C'est une expérience de préparation à la médecine générale qui est particulièrement complète, puisque le 3ème cycle spécifique est introduit par un enseignement de "sensibilisation" au cours du 2ème cycle, et que sont dispensées une formation théorique et pratique de médecine générale, et une formation psychologique. On peut d'ailleurs regretter que la formation psychologique soit réalisée par des généralistes plutôt que par des spécialistes de cette discipline.

Outre tous les aspects positifs décrits jusau'à présent, il convient cependant de signaler un certain absentéisme : les étudiants (25 à 50 % suivant les séances), viennent irrégulièrement ou ont abandonné la formation en cours d'année. Ceux qui ont abandonné ont été déçus et ont eu l'impression d'une importante perte de temps. Pour beaucoup, la faculté de médecine de Bobigny (banlieue Nord-Est de Paris) est éloignée. D'autre part, les séances sont parfois longues (de 14 h à 23 h les mardi, et de 14 h à 18 h les vendredi) et d'intérêt inégal, et les discussions en tables rondes donnent à certains une impression de lenteur et de désorganisation par rapport aux cours magistraux habituels. Par contre, de nombreux autres sont réguliers et ponctuels, parce que probablement plus motivés. J'ai ainsi eu la surprise d'avoir lors d'une séance, un voisin qui venait très régulièrement chaque semaine de..... Brest.

CHAPITRE III :

LA LECON DE CES DIVERSES EXPERIENCES .

De très nombreuses facultés de médecine en France et à l'étranger ont ainsi entrepris un effort louable pour une amélioration des études médicales dans le sens d'une ouverture sur la réalité quotidienne des praticiens. De nombreuses autres facultés observent et confrontent ces différentes expériences, dans le but d'organiser elles aussi prochainement des adaptations similaires. Enfin, la Commission FOUGERE a tenté d'élaborer un projet de réforme des études médicales sur le plan national, dans le but de généraliser et uniformiser ces expériences correspondant à des initiatives locales : projet de troisième cycle de médecine générale. Les Doyens des facultés de médecine en France ont eux-mêmes présenté leur réforme, proposant un troisième cycle obligatoire pour les généralistes, d'une durée de deux ans : première année consacrée au stage hospitalier, et deuxième année consacrée à différents stages : chez le praticien, dans des dispensaires, des services de P.M.I., etc... "nous tenons également à ce que les praticiens en exercice participent à la préparation des objectifs et à l'organisation de l'enseignement" (quotidien du médecin du 24 Janvier 1977).

Plusieurs leçons sont à retirer des expériences présentées :

La première est le rôle primordial que doit jouer l'enseignement hospitalo-universitaire, pour donner aux futurs omnipraticiens des bases solides et fiables dans toutes les disciplines médicales, et en faire des médecins compétents.

La deuxième leçon est la nécessité de la participation des omnipraticiens à la préparation des futurs généralistes. Très rares sont en effet les expériences organisées sans cette participation ;

D'autre part, ceux qui leur reconnaissent ce rôle de formation sont chaque jour de plus en plus nombreux. On peut ainsi regretter que la Commission Fougère n'ait pas jugé important d'aborder ce problème de façon plus approfondie (seul le stage auprès du praticien a été réellement abordé).

Une troisième nécessité ^{ap} paraît également, plus insidieusement ; celle d'une formation psychologique préparant l'étudiant à la relation médecin-malade. Le médecin se doit en effet de posséder une double compétence : l'utilisation, dans les meilleures conditions, des ressources du diagnostic et du traitement, et une bonne qualité d'écoute proscrivant le paternalisme ou le "dolorisme". Ces deux compétences sont nécessaires pour faire face aux situations rencontrées quotidiennement en médecine générale ; c'est la raison pour laquelle un certain nombre d'expériences de formation spécifique pour le généraliste comprennent dans leur programme un certificat optionnel de psychologie médicale, ou une initiation aux groupes Balint.

A - L'ENSEIGNEMENT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE DE LA MEDECINE PRATICIENNE

Certes, l'enseignement hospitalo-universitaire représente la base de la formation du médecin praticien, et dans encore beaucoup d'U.E.R. françaises, il en est le seul élément.

Cependant, comme nous l'avons vu dans l'introduction (§2,c) cet enseignement hospitalo-universitaire n'est plus totalement adapté à la formation d'un praticien généraliste ; c'est pourquoi, dans le but de remédier à cette situation qui est une des causes de la crise de la médecine générale, des efforts ont été entrepris, à partir d'initiatives locales, afin de mieux réadapter l'enseignement pratique et théorique à la médecine praticienne, dans le cadre hospitalo-universitaire.

I - SUGGESTIONS SUR LA FORME ET LE CONTENU DE L'ENSEIGNEMENT DU 2ème CYCLE

a) L'une des mesures fondamentales qui préluiderait à l'amélioration de l'enseignement du 2ème cycle, serait une association beaucoup plus étroite de l'enseignement de la clinique et de la pratique clinique.

De nombreuses formules permettraient une meilleure fusion de ces deux éléments complémentaires :

. Une modification de l'enseignement théorique, réalisée par une diminution de l'importance du cours magistral, pour donner une plus large place aux observations vécues, aux méthodes d'interrogatoire, d'exams cliniques, aux applications thérapeutiques etc...

Une telle modification impose un plus important travail personnel de l'étudiant, sur un cours polycopié ou des références bibliographiques. Cette méthode exigerait une plus grande part d'initiative personnelle de l'étudiant, qualité qui n'est pas à dédaigner pour un futur médecin.

. Plus décisive encore est la suppression totale du cours magistral (1) remplacé par un enseignement par petits groupes d'étudiants, de préférence, dans le cadre de l'hôpital. Cet enseignement basé sur la présentation de malades et de leur dossier, la discussion des investigations paracliniques éventuelles, la discussion diagnostique, thérapeutique... permet une excellente possibilité de synthèse entre la théorie et la pratique. Elle nécessite un travail personnel de l'étudiant plus intense que précédemment (cours polycopié, notes bibliographiques) mais on peut rappeler à cet égard que la préparation de la majorité des diplômes universitaires, dans les matières littéraires, ne se conçoit pas sans un travail et des lectures personnels de l'étudiant.

Une telle méthode de discussions ouvertes, crée chez l'étudiant de bons réflexes dans une situation donnée et surtout lui donne le sens de la démarche diagnostique.

. De même, un meilleur encadrement de l'étudiant au cours du stage hospitalier, notamment dans les services de chirurgie, permettrait souvent d'augmenter sensiblement la valeur formatrice du stage. Une exagération parallèle des responsabilités de l'étudiant hospitalier au sein de son service, améliorerait également sa valeur formatrice, car la responsabilité est l'un des meilleurs stimulants à l'apprentissage.

. Beaucoup plus radicale encore est la proposition du plein temps des étudiants hospitaliers (2), qui entraîne une fusion totale de

(1) Expérience de LYON, relatée au Chap. I, B, I, a) et b)

(2) Réflexions pour un projet de réforme de l'enseignement des disciplines cliniques : Pr AIMARD.

l'enseignement pratique et théorique dans les disciplines cliniques. Cette mesure s'assortit d'une réduction du temps de stage dans chaque spécialité à 3 mois, et permet ainsi la rotation dans un plus grand nombre de services. Ce plein temps assurerait une répartition de l'activité clinique sur l'ensemble de la journée et une plus grande activité enseignante, alors que schématiquement les services fonctionnent actuellement le matin seulement pour les activités cliniques, et l'après-midi pour les travaux d'enseignement. Outre l'unification des enseignements théorique et pratique, cette mesure double le temps de l'étudiant passé à l'hôpital et améliore les possibilités de contrôle direct et permanent des acquisitions de l'étudiant. Les modalités d'examen sont à définir : par exemple un examen écrit anonyme en fin de stage sur la base d'un minimum de connaissances indispensables.

Une conséquence directe de cette proposition, est la suppression du choix hospitalier, puisque tous les étudiants doivent passer dans la plupart des spécialités jugées comme formatrices et indispensables.

La mise en oeuvre d'un tel projet suppose réunies un certain nombre de conditions, touchant notamment l'adaptation des locaux, du nombre des enseignants, et la présence d'un plus grand nombre de services de spécialités différentes dans les U.E.R.

b) Une autre mesure fondamentale pour l'amélioration de l'enseignement du 2ème cycle, est le développement de la formation pratique :

. Le stage infirmier pourrait être rendu obligatoire, sous forme de remplacements des infirmiers(ières) en période de vacances. Cela permet l'apprentissage dans les meilleures conditions de tous les petits gestes de base indispensables à tout praticien généraliste : bonnes conditions d'asepsie, piqures, pose d'une perfusion, réfaction d'un pansement, pose d'une sonde vésicale, gastrique etc... Cette possibilité est actuellement offerte à l'étudiant à titre facultatif.

. Début des stages hospitaliers dès la première année du 2ème cycle, dans les mêmes conditions que les années supérieures, comme le demandent les étudiants, et comme le propose le rapport Fougère. Cela permettrait aux étudiants de se familiariser avec un plus grand nombre de spécialités.

. Le quadrimestre, à la place du semestre : un système de trois stages de 4 mois par an, au lieu de 2 stages de 6 mois, augmentent la

rotation des étudiants hospitaliers, et par là même élargit le champ de leur expérience pratique. Ce système n'est d'ailleurs pas sans inconvénients : d'externe, partie intégrante d'une équipe soignante, l'étudiant devient "stagiaire en transit."

. Le plein temps hospitalier pour l'étudiant, exposé au §a) permet de doubler le temps passé à l'hôpital, et par la durée plus courte des stages (3 mois), permet théoriquement à tous les étudiants de connaître sur le plan pratique toutes les spécialités indispensables.

c) Enfin, une meilleure redéfinition des objectifs à atteindre pourrait être envisagée :

. Au niveau de l'enseignement théorique, les enseignants ont souvent remarqué que les étudiants ne savaient pas toujours différencier l'essentiel du détail. C'est pourquoi, il serait intéressant que dans chaque discipline soit constituée une liste d'objectifs et de connaissances essentiels, que l'étudiant devra connaître en vue de sa future pratique médicale, pour être un praticien généraliste fiable. Ce pourrait être une "liste d'objectifs du praticien généraliste" (exemple de liste en annexe N° 6).

. Au niveau de l'enseignement pratique, on peut proposer également dans le même ordre d'idée, la création d'une liste ou d'un programme d'objectifs pratiques (cliniques, paracliniques et thérapeutiques) à réaliser dans chaque spécialité. Cela servirait de guide à la fois pour l'étudiant et pour l'enseignant, qui tous deux veilleraient à ce que l'enseignement pratique durant le stage n'ait pas manqué un de ses buts.

. Il apparaît également nécessaire que les contrôles de connaissances s'imprègnent de tous les principes énoncés ci-dessus et soient donc plus orientés vers la compréhension de cas cliniques, la vérification de la connaissance des bases dans chaque spécialité, et que la part du stage hospitalier dans la validation d'une année soit plus importante.

II - FORMATION COMPLEMENTAIRE DE MEDECINE PRATICIENNE AU 2ème OU AU 3ème CYCLE

. Des certificats optionnels de médecine praticienne ont été organisés en DC4, uniquement dans le cadre hospitalo-universitaire : ils visent principalement à tenter de combler les lacunes que comportent les modalités actuelles du curriculum pour un futur omnipraticien (à la faculté Alexis Carrel de LYON, par exemple).

Les étudiants qui choisissent ce certificat optionnel bénéficient d'un enseignement par petits groupes, à l'hôpital, donné par des professeurs ou des chefs de clinique d'un certain nombre de spécialités dans lesquelles ils n'ont pu effectuer de stage pratique pendant le 2ème cycle. Cet enseignement est essentiellement orienté sur la pratique du médecin généraliste.

. Dans le même ordre d'idées, des "check-lists" ont été élaborées, comportant dans chaque spécialité un certain nombre de gestes pratiques indispensables au généraliste (cf. annexe N° 3). L'étudiant apprend ces gestes dans les différents services hospitaliers, et fait valider la case correspondante quand leur acquisition est reconnue par son enseignant. Une telle initiative peut aussi bien être entreprise en 4ème année du 2ème cycle, qu'au cours de la première ou 2ème année du 3ème cycle (dans un 3ème cycle de médecine générale, par exemple).

. Enfin, au cours d'un 3ème cycle de formation du généraliste, on peut envisager de prolonger la formation hospitalière des étudiants futurs généralistes ; le but étant toujours de permettre à l'étudiant une familiarisation avec le plus de disciplines possibles : ceci, grâce à une rotation dans les différents services qui n'ont pu être fréquentés au cours de la scolarité écoulée.

Ainsi, après l'année de stage interné, qui devrait obligatoirement comporter des responsabilités correspondant aux fonctions d'interne, l'étudiant pourrait pendant une année parfaire ses connaissances dans des disciplines fondamentales pour la médecine générale : gastro-entérologie, pédiatrie, gynécologie, dermatologie, O.R.L., etc...

Le rapport Fougère propose également une prolongation du stage interné de 12 mois à 18 mois, au cours d'un 3ème cycle de médecine générale

B - LES OMNIPRATICIENS DANS LA FORMATION DU FUTUR GENERALISTE

Comme nous l'avons vu, les expériences décrites en première partie ont un point commun : la participation de médecins généralistes à leur élaboration et à leur exécution. C'est une grande nouveauté, mais qui semble nécessaire : en effet, comment un médecin hospitalier pourrait-il faire part des particularités d'un exercice qu'il ne pratique pas, et qu'en général, il connaît mal ?

Le rôle des généralistes, il faut le rappeler, n'est absolument pas de concurrencer celui des enseignants actuels, car ceux-ci apportent les connaissances théoriques et pratiques indispensables à la pratique d'une médecine technique de qualité. Les spécialistes hospitaliers, sans cesse tenus au courant de l'évolution des connaissances, confrontés chaque jour aux problèmes de la spécialité, sont en effet seuls capables de donner à l'étudiant les bases scientifiques solides de la discipline, et cela d'autant mieux que l'étudiant est plus responsable lors de ses stages hospitaliers : seule la responsabilité donne la motivation nécessaire à un apprentissage optimum.

Le rôle des généralistes serait à mon sens d'apprendre à utiliser ces connaissances dans l'exercice quotidien. Il s'agit d'ailleurs plus pour l'étudiant d'acquérir un nouvel état d'esprit, que de nouvelles connaissances.

Comme l'a écrit un des généralistes enseignant à Bobigny :
"à aucun moment pour le généraliste, le savoir ne doit être une fin en soi, à laquelle le malade devra essayer de se conformer tant bien que mal, laissant de côté une bonne partie de sa réalité. C'est peut-être cela que le généraliste peut faire découvrir à l'étudiant".

En médecine de ville, il est extrêmement fréquent qu'une thérapeutique "la meilleure possible", suivant la théorie scientifique médicale, soit en fait beaucoup moins appropriée qu'une autre thérapeutique moins radicale, mais mieux adaptée à la réalité socio-culturelle, individuelle et économique du patient.

En effet, le modèle thérapeutique donné par l'hôpital ou le cours théorique ne peut se transposer sans modification à la pathologie du praticien. Le Doyen de l'U.E.R. de Bobigny a déclaré au congrès des médecins

des centres de santé : "c'est une hypocrisie pédagogique de prétendre former des médecins par la seule pratique hospitalière, qui ne représente que 2 % des actes médicaux réalisés en France". Il est vrai que ces 2 % d'actes médicaux ont le bénéfice d'une indication correcte et d'une exécution satisfaisante.

La société française de médecine générale qui a été créée en Février 1973 dans le but de promouvoir la "spécialité" de médecine générale insiste aussi beaucoup sur la présence de généralistes praticiens dans l'enseignement médical qui seraient ainsi les "modèles d'identification" nécessaires à la formation d'une personnalité professionnelle harmonieuse pour les étudiants se destinant à la médecine praticienne. L'étudiant n'a en effet, jusqu'à présent, au cours de toutes ses études, qu'un seul modèle d'identification, qui est le modèle hospitalier. L'étudiant qui choisit la médecine générale, prenant ainsi une voie très différente de celle de ces modèles, risque fort de le ressentir comme un échec, et ceci, d'autant plus que la médecine générale est dévalorisée à l'hôpital.

C'est dans le but de connaître les opinions des diverses U.E.R. médicales françaises sur ce problème, qu'a été réalisée par les universités de Bicêtre et Créteil une enquête auprès des différentes U.E.R. de médecine. Il leur a été adressé un questionnaire (cf. annexe N° 5) afin de tenter de connaître les différents projets et les différentes réalisations dans ce domaine ; ce questionnaire comportait :

- une série de questions traitant du stage auprès du praticien ;
- une deuxième série de questions interrogeant les U.E.R. sur les autres formes d'enseignement réalisées par les praticiens.

13 U.E.R. ont répondu au questionnaire ; (année 1975-1976) :

. Rôle des généralistes dans la définition des programmes de l'enseignement des premiers et deuxième cycles :

6 oui
5 non
2 possible

. Enseignement de médecine praticienne assuré par des généralistes :

-Angers, Paris Bobigny, Toulouse : au cours d'un 3ème cycle ;

- Bordeaux II : 2ème cycle ;
- Nancy, Paris Bicêtre, Paris Créteil : au cours des 2ème et 3ème cycles ;
- Paris St Antoine : 1er cycle ;
- Lille : 3ème cycle en projet (le projet s'est réalisé à la rentrée 1976) ;
- Nice : en projet ;
- Nantes, Rennes, Rouen ont répondu non.

. Statut des généralistes enseignants :

- attachés, chargés d'enseignement clinique, ou titre équivalent :
dans 4 U.E.R. : Lille, Bicêtre, Bobigny, Créteil.
- titres similaires prévus :
à Nice.

. Stage auprès du praticien :

il fonctionne dans huit facultés :

Bicêtre, Bobigny, Créteil, Lyon (les 4 U.E.R.) Nancy, Nantes, Rennes, Strasbourg.

Il est en projet dans sept autres :

Amiens, Besançon, Lille, Marseille, Nice, Reims, Tours.

Il ressort de cette enquête, que les facultés françaises sont sensibilisées au problème dans une proportion encore faible ; mais le bilan n'est certes pas négatif, puisque chaque année les nouvelles expériences sont plus nombreuses.

I - LE ROLE DU PRATICIEN A L'INTERIEUR DE L'UNIVERSITE, DANS LE CURRICULUM

DES ETUDES MEDICALES

* La participation du praticien à des commissions pédagogiques universitaires pour la définition du contenu de l'enseignement en premier et deuxième cycles surtout ; si ce contenu est fonction des besoins actuels mais aussi des besoins prévisibles du futur immédiat de la médecine (pour la définition desquels les généralistes auraient peu de part), ce contenu doit également prendre en considération des aspects de la pathologie quotidienne, domaine où les généralistes peuvent avoir une place, d'autant plus qu'ils représentent la majorité, en nombre, du corps médical.

* La participation du praticien dans le deuxième ou le troisième cycle, à un enseignement spécifique de médecine pratique :
Le deuxième et le troisième cycles ont chacun leurs adeptes, pour

l'organisation d'un tel enseignement. Les uns considèrent qu'il ne faut pas prolonger des études déjà fort longues, les autres considèrent que l'étudiant ne s'installe pratiquement jamais immédiatement après le stage interne : le laps de temps est de deux à trois ans, et peut ainsi être organisé et dirigé avec grand profit. L'expérience prouve que les deux formules ont leur intérêt ; ce qui est important, c'est surtout la présence du praticien pour aider à l'enseignement de la médecine pratique. Il est certain cependant qu'une plus grande précocité de l'enseignement de la médecine générale, serait de nature à susciter chez l'étudiant un plus grand intérêt pour cette discipline.

Dans tous les cas, des praticiens collaborent avec les enseignants universitaires, au sein de cet enseignement, mais cette collaboration a des degrés d'importance très variables suivant les expériences : ainsi à Créteil, par exemple, la participation des médecins universitaires est assez importante, ce qui aurait tendance à limiter l'originalité de cet enseignement par rapport à celui déjà reçu. Dans d'autres U.E.R., comme à Bobigny, par exemple, les praticiens sont très autonomes.

Partout, l'enseignement de médecine générale a été organisé sous forme de tables rondes, animées presque toujours par des praticiens. Le débat de ces tables rondes est plus ou moins organisé d'avance, suivant les expériences. Ainsi à l'U.E.R. Lyon Sud-Ouest ou à Créteil, la base du débat est la pathologie de médecine générale, telle que l'étudiant la connaît, c'est à dire telle qu'elle lui a été enseignée dans le curriculum classique, par des universitaires. A la faculté Kremlin Bicêtre à Paris, les praticiens généralistes ont rédigé un cours polycopié à l'usage des étudiants, dans lequel ils retracent les grandes lignes de la pathologie courante pour chaque sujet choisi. A Bobigny, le thème du jour étant connu, ce sont les étudiants qui formeront eux-mêmes, peu à peu, guidés par les généralistes, le canevas de la pathologie quotidienne, jamais abordée encore : par exemple, pour le sujet "problèmes de bouche", ce seront les aphtes, la mauvaise haleine, les poussées dentaires etc... objets très fréquents de consultation.

Le recyclage du praticien et l'enseignement post-universitaires sont apparus indispensables aux différents organisateurs, comme label de garantie de qualité de l'information que le praticien apporte.

En effet, bien que le praticien n'ait pas pour rôle d'informer l'étudiant des nouveautés médicales, il apparaît cependant nécessaire qu'il les ait acquises. Les organisateurs proposent une autre contrainte : que le praticien soit installé depuis cinq ans au moins, correspondant à une période de murissement de ses problèmes. Un danger peut exister en effet, à savoir que l'information donnée par certains praticiens pourrait comporter des distorsions ou des interprétations erronées, qui risqueraient d'être acceptées et véhiculées par un étudiant sans esprit critique. Il apparaît nécessaire que les praticiens soient compétents et désintéressés.

Le généraliste participant à cet enseignement théorique a en général été doté d'un titre "d'attaché d'enseignement" ou de "chargé d'enseignement". Afin d'éviter toute confusion avec la fonction très différente de "chargé de cours", l'appellation "d'attaché d'enseignement" apparaît plus souhaitable. Jusqu'à présent, la rémunération était symbolique ou nulle. Ainsi, à l'U.E.R. de Bobigny, et à celle de Kremlin Bicêtre, à Paris, les praticiens ont un titre de chargé d'enseignement. Leur rémunération est comptée en heures complémentaires (78 F l'heure en 1976), qui sont en général en nombre fort restreint dans les facultés : ainsi, les enseignants de Bobigny n'ont en fait pas été payés pour leurs interventions depuis un an. A Créteil, les enseignants sont bénévoles.

* Participation des praticiens à des entretiens dirigés et à leur préparation : c'est la faculté de médecine de Tours qui propose une participation à ce niveau, afin qu'apparaissent tôt dans le cursus des étudiants, les réalités de l'exercice de la médecine générale.

De nombreuses U.E.R. se sont ainsi attaché le concours des praticiens pour parfaire la formation des futurs généralistes : le côté encore très expérimental explique la diversité des formes, bien que le fond soit souvent fort semblable d'une expérience à l'autre.

II - STAGES PASSIFS ET ACTIFS CHEZ LES PRATICIENS

Le stage chez le praticien connaît actuellement une grande expansion, car il représente pour l'étudiant une ouverture très enrichissante sur la collectivité et la réalité de la pathologie quotidienne de l'omnipraticien. Cette réalité est fort différente de la réalité hospitalière :

des affections qui sont extrêmement fréquentes en pathologie de ville : par exemple crises de spasmophilie, crises de colique néphrétique, épistaxis opiniâtres, angines même... ne sont que très rarement rencontrées à l'hôpital dans un service quelconque ; bien sûr la crise de colique néphrétique sera une pathologie de grande fréquence dans les services de pathologie rénale et urinaire, mais combien d'étudiants sur la totalité d'une promotion passera dans de tels services ? Une forte minorité, actuellement.

De même, un étudiant qui passe dans un service de neurologie, par exemple, verra traiter de nombreuses scléroses en plaque, scléroses latérales amyotrophiques, maladies de Guillain-Barré, tumeurs cérébrales etc... maladies qu'il aura très peu l'occasion de traiter au cours de sa carrière. L'étudiant voit donc à l'hôpital surtout une pathologie très triée. Le stage chez le praticien sera pour lui l'occasion de se faire une idée beaucoup plus juste de la pathologie de ville, et de découvrir l'importance de la responsabilité non partagée que doit assumer à chaque instant le praticien.

Les remplacements de médecins que tous les praticiens actuels ont utilisés comme moyen d'autoformation complémentaire, présentent les mêmes intérêts, mais ne devraient constituer qu'une deuxième étape, pour se réaliser dans de meilleures conditions.

Un récent sondage paru le 16 Février 1977 dans "Le Concours Médical" (N° 7bis), réalisé par la S.O.F.R.E.S., rend compte du grave problème des remplacements actuellement : parallèlement à la montée spectaculaire du nombre de jeunes diplômés ces dernières années, le nombre des médecins généralistes se faisant remplacer lors de leurs absences ne cesse de diminuer ; ce sont surtout les jeunes médecins (de plus en plus nombreux) et les médecins exerçant en groupe, qui ont recours le moins souvent aux remplaçants ; 41 % des omnipraticiens seulement se font remplacer, alors que 92 % d'entre eux ont fait des remplacements à la fin de leurs études. Il y a donc une crise des remplacements actuellement, qui s'explique aisément : les anciennes générations offrent moins de la moitié de leurs cabinets à des nouvelles générations qui ont triplé.

Cette crise rend d'autant plus nécessaire les stages auprès du praticien : stages passifs qui peuvent devenir actifs par des remplacements de courte durée.

Ce stage chez le praticien n'est une innovation qu'en médecine : dans d'autres professions, le jeune débutant commence obligatoirement par un stage effectué dans des conditions reproduisant celles de son futur métier : jeune avocat stagiaire, jeune professeur candidat au C.A.P.E.S.

L'idée même d'un stage chez le praticien n'est pas nouvelle puisque dès 1944, "l'Association de Médecine Rurale" l'avait étudiée. Elle a peu à peu fait son chemin : ainsi, en 1968, l'Ordre des Médecins donnait son approbation à la pratique de stages étudiants chez le praticien généraliste ; et c'est en 1970 que débutaient timidement les premiers stages à Rennes, puis Lille, Angers. Enfin, la loi du 13 Juillet 1972 officialise définitivement cette pratique.

Actuellement, le stage chez le praticien s'est beaucoup répandu en France, et les U.E.R. qui le pratiquent se sont accordées pour donner aux praticiens recevant des stagiaires, le titre de "maître de stage".

De même, la "Commission Fougère" préconise comme l'une des principales modalités d'organisation et de fonctionnement du stage, la conclusion d'un contrat entre l'université et le praticien agréé par elle, de façon que ce praticien devienne "maître de stage".

A l'U.E.R. de Kremlin-Bicêtre à Paris, le Doyen de la faculté a conçu des affiches destinées aux salles d'attente des maîtres de stage (cf. annexe N° 6 bis).

De nombreuses enquêtes ont été menées récemment, soit dans le but de connaître le bilan des stages déjà pratiqués dans certaines U.E.R., soit pour connaître l'avis des omnipraticiens sur le stage, en vue d'une extension probable de la formule. Nous rapportons deux de ces enquêtes.

a) Enquête sur les stages chez le praticien, réalisée à Créteil et à Kremlin-Bicêtre :

Cette enquête a été réalisée par la S.O.F.R.E.S., et ses résultats ont été rendus publics en Mai 1976.

Cette enquête fait ressortir que les aspects positifs de cette expérience l'emportent de façon très nette sur les aspects négatifs.

. Les motivations des médecins étaient principalement de faire bénéficier les étudiants d'une expérience spécifique qu'ils ont eux-mêmes eu du mal à acquérir seuls, mais aussi de renouer un contact avec l'enseignement universitaire par l'intermédiaire de l'utilisation des acquis théoriques

que peut leur apporter l'étudiant frais émoulu de l'université.

. Les motivations des étudiants sont également multiples : attirance pour un aménagement original du cursus universitaire avec l'attrait toujours vérifié des nouveautés ; désir d'ouverture sur un mode d'exercice de la vie professionnelle encore inconnu ; mise en pratique des connaissances théoriques d'assimilation difficile ; occasion privilégiée de se libérer d'une angoisse liée à une éventuelle installation future, voire aux remplacements.

. La qualité des relations entre stagiaires et maîtres de stage a été reconnue comme une condition importante de réussite complète du stage.

. Le problème de l'acceptation des stagiaires par la clientèle ne s'est pratiquement jamais posé, alors que cela constituait au départ, un sujet de grande appréhension pour les médecins.

. Les étudiants ont fait part d'autres remarques, au cours de cette enquête : ils ont été fascinés par un ensemble de gestes et d'attitudes qu'ils ne maîtrisaient absolument pas. C'est donc un savoir faire, autant qu'un savoir être, qui a été acquis.

Les étudiants pensent également, pour un certain nombre d'entre eux, que leur présence a permis au praticien de "mieux faire son métier".

. Les praticiens ont, eux, eu la certitude d'avoir fait découvrir à leur stagiaire le monde peu connu par eux de la pathologie courante. Ils ont été frappés de la découverte par leur stagiaire de l'importance que représente la "connaissance" de son malade : connaissance de son environnement familial, de ses difficultés, de ses conditions de vie, de son caractère.. Cette connaissance ne s'acquiert qu'avec une continuité des relations et des soins, et surtout, des soins de la famille entière.

. Enfin, le stage a permis aux étudiants de se faire une idée plus juste de l'importance du rôle du médecin généraliste dans l'univers médical.

. Deux problèmes ont cependant été soulevés : d'une part la passivité de l'étudiant que certains d'entre eux désignaient en parlant de "stagiaire tabouret", ressentie en général au bout de deux mois. D'autre part la difficulté de généraliser ce stage à de très nombreux étudiants, le succès du stage reposant en premier lieu sur le principe du volontariat du généraliste.

Mon expérience personnelle m'a permis de faire un bilan très similaire c'est à dire très positif (cf. le chapitre II, II, d)).

b) Enquête réalisée par la "Commission Fougère", sur le stage auprès du praticien :

Cette enquête a été réalisée entre Avril et Juin 1976, auprès de 1536 médecins, formant un échantillon représentatif des médecins généralistes ou de spécialistes d'une des quatre spécialités suivantes : cardiologie, appareil digestif, gynécologie-obstétrique, et pédiatrie.

Il s'agissait de sonder la possibilité d'accueil d'étudiants, avant de réaliser éventuellement une réforme du troisième cycle des études médicales. Dans cette enquête, les médecins interrogés répondaient après avoir pris connaissance des principales modalités d'organisation et de fonctionnement de ce stage, préconisées par la Commission Fougère (cf. annexe N° 7). Les résultats de cette enquête ont été rendus publics le 6 Décembre 1976 ; le taux global de réponses a été de 69,4 % (65,8 % par voie postale, auxquelles s'ajoutent quelques réponses obtenues par une enquête complémentaire) :

33,7 % accepteraient un stagiaire sans aucune condition ;

15,3 % accepteraient, mais sous conditions ;

8,4 % refusent sous réserve ;

38,2 % refusent ;

4,4 % sont sans opinion.

Une fraction importante des médecins y est donc favorable, avec ou sans conditions.

Le taux d'acceptation varie fortement suivant les catégories : il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, chez les jeunes que chez leurs aînés, chez les médecins en groupe que chez ceux qui exercent isolément.

Les raisons des refus, sont, par ordre d'importance : la conception que se fait le médecin de la relation médecin-malade (40 %), le manque de temps, l'exiguïté de l'installation (16 %), l'absence de goût pour la pédagogie, la crainte de difficultés avec le stagiaire.

Les conditions auxquelles certains subordonnent leur accord éventuel sont surtout : des compensations pour le maître de stage (rémunération directe, allègement fiscaux, droit au dépassement, promotion) ;

Des stagiaires originaires de régions ou facultés où ils ont fait eux-mêmes leurs études ; des conditions de sexe (chez 30 % d'entre eux), avec préférence nette pour un stagiaire du même sexe ; des définitions plus précises des relations entre le maître de stage et le stagiaire (notamment possibilité pour le maître de stage de mettre fin au stage).

Si l'on retient la proportion la plus faible de maîtres de stages favorables (33 %), on obtient d'après l'enquête II.500 médecins disposés à accueillir sans conditions des stagiaires. Chiffre qui peut être raisonnablement majoré, en tenant compte des médecins favorables sous certaines conditions, ou défavorables, mais avec réserve.

L'institution d'une formule de stage semble donc rencontrer un accueil plutôt favorable auprès des praticiens susceptibles de devenir maîtres de stage.

Par sa présence lors d'un enseignement de médecine générale à la faculté, le praticien apporte la garantie d'une ouverture sur la pathologie courante, fidèle à la réalité. Les stages auprès du praticien, qui interviennent à la fin d'une formation uniquement hospitalière, permettent à l'étudiant d'avoir une vision plus réelle de la demande médicale.

C - UNE FORMATION PSYCHOLOGIQUE APPROPRIÉE

L'enseignement de la psychologie médicale aux étudiants en médecine a été rendu obligatoire en France, à l'occasion de la réforme des études médicales de 1962. Elle était placée en première année des études, faisant donc partie des sciences fondamentales. Après plusieurs modifications, la psychologie médicale est encore actuellement enseignée au cours du premier cycle des études médicales depuis 1970, et reste en général succincte et sommaire.

Le praticien est souvent la personne de choix que le patient va consulter lorsqu'il éprouve un problème d'ordre relationnel, émotionnel, psychologique : on peut en donner de très nombreux exemples : les parents qui ont des problèmes éducatifs pour leurs enfants, petits ou adolescents les perturbations sexuelles dans un couple, les dépressions, les angoisses les énurésies, certaines obésités... et l'on pourrait ainsi passer en revue presque toute la pathologie organique, car le "fonctionnel" peut tout simuler.

Mais répondre à ces différents demandes ne dépend pas de recettes toutes faites, (dans lesquelles il y aurait, tranchées, la vérité et l'erreur) mais bien plus de ce que chaque médecin comprendra et entendra en fonction de sa personnalité et du cas qui lui est soumis.

Cette démarche entraîne un important investissement de la part du médecin, car elle implique la compréhension des problèmes du patient. C'est Balint qui insiste sur "l'écoute" fournissant le matériel de "compréhension", avec utilisation de cette compréhension en vue d'un effet thérapeutique. Cette démarche, indispensable, nécessite une formation spécifique.

Certaines U.E.R. ont ainsi recherché le meilleur moyen d'apporter cette formation psychologique complémentaire ; deux solutions différentes ont été proposées aux étudiants : soit un certificat optionnel de psychologie médicale, soit une formation de type Balint.

a) Un certificat optionnel spécifique de psychologie médicale :

En raison du caractère insuffisant de la formation psychologique obligatoire au cours des études médicales, un certain nombre d'U.E.R. ont jugé indispensable l'organisation de ce certificat optionnel. Nous avons déjà eu l'occasion d'exposer l'expérience de l'U.E.R. Kremlin-Bicêtre à Paris : celle-ci avait en effet très étroitement lié la formation spécifique du généraliste et la formation psychologique ; il s'agissait ainsi d'un certificat optionnel de "médecine psychologique en médecine praticienne".

Nous voudrions également exposer l'expérience de l'U.E.R. Broussais Hôtel-Dieu, Paris, qui est unique en France, par ses modalités : Les organisateurs de cet enseignement de psychologie médicale au C.H.U. Broussais, ont étudié le moyen d'apporter aux étudiants en médecine une formation psychologique répondant le mieux possible aux exigences de leur exercice futur. Ces organisateurs ont ainsi été très frappés par l'ambivalence croissante des étudiants à l'égard de la psychologie, au fur et à mesure de leur progression dans les études médicales : les étudiants du premier cycle, encore très peu soumis à un modèle médical d'identification acceptent facilement une remise en cause personnelle, et considèrent la formation psychologique comme susceptible de leur apporter des moyens d'action supplémentaires. Au contraire, les étudiants en fin d'études,

proches de la pratique médicale, ont tendance à rejeter avec violence ce qui leur est proposé dans cet enseignement de psychologie, parce qu'ils le vivent comme une remise en question, voire une destruction du modèle médical auquel ils se sont déjà identifiés : ils ressentent davantage que leurs condisciples plus jeunes, le besoin d'une formation psychologique, mais ils préfèrent des recettes concrètes et facilement assimilables.

Cette constatation a donc amené les organisateurs de ce certificat de psychologie, à le faire débiter assez tôt dans le cursus des études médicales, et à le poursuivre pendant toute leur durée.

Ils ont également fait le choix, en raison du peu de temps d'enseignement dont ils disposaient, de "former" plutôt que d'"informer". :

- "informer", ce serait fournir le maximum de connaissances aux étudiants qui les recevraient passivement ;
- "former", ce serait préparer le médecin à "l'écoute indispensable", "préférer aux connaissances extérieures, l'implication personnelle, penser que tout symptôme pathologique a un sens dans la vie du malade, et représente donc, un langage, une communication avec les autres et avec son monde intérieur". (bibliographie N°6).

L'organisation de l'apprentissage de la psychologie à l'U.E.R. Broussais Hôtel-Dieu est donc ainsi conçue :

* Au cours du premier cycle, PCEM 2 :

Enseignement de psychologie médicale obligatoire, comportant

- Un cours théorique qui fait l'objet d'un texte photocopié : il s'agit du minimum informatif considéré comme indispensable ; il n'est pas de sciences possibles sans un outil conceptuel spécifique.
- Un enseignement dirigé constitué par groupes d'une quinzaine d'étudiants dirigés par un moniteur ; enseignement conçu comme une expérience vivante pour illustrer la théorie.

* Au cours du deuxième cycle, DCEM I à DCEM 2 : un certificat optionnel de psychologie médicale :

L'originalité de ce certificat optionnel provient du fait qu'il couvre les quatre années du 2ème cycle : les étudiants voulant valider en DC 4 le certificat optionnel de psychologie médicale devront donc en faire le choix en DC 1. Bien que ce certificat optionnel soit ainsi rendu quatre fois plus long que tous les autres certificats optionnels de la quatrième année ou du deuxième cycle, (4 années à raison de 30 à

40 heures par an, au lieu d'une année) 25 % des étudiants le suivent régulièrement du DC I au DC 4.

Il se déroule sous forme de groupes fermés, avec un moniteur, et il cherche à être une occasion de réflexion personnelle de l'étudiant en médecine, au moment de sa mise en contact direct avec le malade. A cette formation "auto-centrée", s'ajoute la nécessité d'une information venue de l'extérieur, sous forme de lectures, dont il est rendu compte au moyen de notes écrites.

Il est demandé pour la validation en DC 4, un court rapport de deux à trois pages, à la fin de chaque année.

Cet enseignement existe depuis 1968, et a fait suite à une enquête réalisée auprès des étudiants de PCEM 2, DCEM I et DCEM 4 (cf. annexe N° 8).

Un certificat optionnel de psychologie médicale permet donc d'essayer de répondre à l'importante demande de nombreux étudiants à l'égard de cette discipline.

b) Les groupes Balint :

La Société Médicale des groupes Balint a tenté d'expliquer le rôle du groupe Balint auprès des praticiens qui y participent :

"Soigner, c'est avant tout être en relation. Balint a proposé de porter à l'étude de la relation médecin-malade, une attention privilégiée, à la suite d'un travail issu de l'observation d'un très grand nombre de cas, montrant à l'évidence que "le médicament" le plus souvent prescrit en médecine était le médecin lui-même. Le but de la formation Balint n'est autre qu'une approche et une tentative de réflexion lucide ou plus lucide sur la communication qui s'établit entre le médecin et son malade.

La formation qui se pratique dans les groupes Balint ne s'appuie pas sur le perfectionnement d'un "savoir faire", mais sur la recherche d'un "savoir être", qui conditionne plus ou moins pour chaque individu, et représente la vraie maîtrise de son savoir.

La difficulté réside dans le fait qu'un "savoir être" ne s'acquiert pas comme le "savoir faire", mais implique une remise en cause importante de la personnalité. Une médecine hyperscientifique tend à éliminer ce qui n'est pas objectif, c'est à dire les sentiments, les émotions, l'angoisse, l'agressivité, la peur. Dans la formation "Balint", il y a un essai d'acceptation et de prise en charge de la dimension subjective.

Cette formation semble nécessaire pour que la médecine, sans cesse en progrès, garde une dimension humaine."

Certaines U.E.R., convaincues du bien fondé d'une telle analyse, ont ainsi décidé d'introduire dans la formation des futurs médecins, la notion de relation médecin-malade, c'est à dire d'ouvrir une voie vers une certaine réflexion et une prise de conscience de l'implication affective qu'induit la demande de soins et la réponse à cette demande. On peut avancer que l'université a un double rôle : un premier, reconnu depuis toujours, et dont elle tente de s'acquitter au mieux : former des médecins au savoir fiable et sûr. Un deuxième, qui n'est que très rarement et difficilement accompli, et qui consiste à donner aux futurs médecins, la possibilité d'acquérir une certaine qualité "d'écoute", et d'aborder la thérapeutique des maladies non purement organiques. En effet, un médecin se doit de prendre en considération avec le même respect, toutes les souffrances, quelle qu'en soit l'origine : organique, fonctionnelle, ou organico-fonctionnelle ; il n'y a pas de souffrances plus nobles que d'autres.

Or, il faut bien reconnaître qu'avec la formation hospitalière qu'il a reçue, dans laquelle la pathologie non organique a été estompée mise en sourdine, volontiers écartée, le jeune praticien généraliste n'est pas prêt à répondre de façon satisfaisante à de nombreuses demandes qui lui seront faites.

Les quelques U.E.R. qui ont tenté de combler cette lacune, ont en général organisé la formation psychologique sur un mode facultatif :

- 25 % des étudiants de Bobigny participent régulièrement aux séances de relation médecin-malade ;
- 25 % des étudiants également, poursuivent le certificat optionnel de psychologie médicale à Broussais Hôtel-Dieu.
- Le pourcentage de participation au certificat optionnel de Kremlin-Bicêtre : "psychologie médicale en médecine praticienne" est également de 25 %.

A Lyon, à l'U.E.R. Alexis Carrel, c'est au cours du certificat de psychiatrie en DC 4, et donc de façon obligatoire pour tous les étudiants, qu'est proposée la réflexion sur un mode "Balintien".

L'expérience montre donc que les étudiants eux-mêmes ressentent le besoin d'un enseignement de psychologie médicale, qui ne doit pas intervenir trop tard dans le cursus des études médicales.

D - PROPOSITION DE SYNTHÈSE POUR LA FORMATION DE L'OMNIPRATICIEN

Cette thèse n'a pas pour objet d'ajouter un nouveau projet aux nombreuses propositions de réforme de formation du médecin généraliste qui voient actuellement le jour, mais de présenter les principes qui devraient guider à notre avis toute réforme des études médicales. Cependant, pour illustrer ces principes, il nous a paru utile, à titre d'exemple, de présenter un schéma de propositions.

La formation de l'omnipraticien devrait prendre place dès le 2ème cycle, et se prolonger par un 3ème cycle spécifique de médecine générale.

I - AU COURS DU DEUXIEME CYCLE :

Outre les efforts de réalisation d'une meilleure synthèse, enseignement théorique - enseignement pratique, durant les quatre années du 2ème cycle, il serait proposé aux étudiants :

* Un certificat de médecine praticienne, en 4ème année du 2ème cycle : avec la participation effective de médecins praticiens : le programme et la réalisation de ce programme leur reviendrait entièrement. Ce certificat incluerait un exposé sur l'acupuncture et l'homéopathie.

Dans la mesure où le rôle de ce certificat serait de faire connaître aux étudiants ce qu'est la médecine générale en ville : ses particularités ses contraintes etc... deux remarques s'imposent :

- La présence d'un médecin hospitalo-universitaire risquerait de peser excessivement sur l'orientation des débats qui quitteraient alors l'orbite de la médecine générale, et ainsi risquerait d'inhiber le praticien généraliste qui ne peut rivaliser avec un spécialiste dans sa spécialité. Ce ne serait plus à proprement parler un certificat de "médecine praticienne" (cas de l'U.E.R. Sud-Ouest à Lyon);

- Ce certificat optionnel serait obligatoire pour tous les étudiants qu'ils veuillent ou non devenir omnipraticiens. Il apparaît en effet important que des étudiants se destinant à la carrière hospitalo-universitaire, ou à la recherche par exemple, aient eu une fois au moins au cours de leur formation médicale, un aperçu des particularités de la médecine générale.

Cela permettrait peut-être l'installation d'un climat de meilleure compréhension de part et d'autre. Dans le même ordre d'idées, on pourrait imposer à tout futur médecin, un stage dans un laboratoire de recherche.

* Un certificat optionnel de psychologie médicale, qui pourrait se poursuivre dès la première année du 2ème cycle, jusqu'à la 4ème année du 2ème cycle (cf. l'expérience de l'U.E.R. Broussais Hôtel-Dieu à Paris). Une formation sur quatre années a ainsi l'avantage d'être beaucoup plus complète, au détriment, il est vrai peut-être, de l'enseignement des autres disciplines. L'expérience a prouvé que sa durée n'empêchait pas un quart des étudiants de le choisir. Sa situation au cours du 2ème cycle, permet ainsi à tous les étudiants qui le désirent, d'acquérir cette formation psychologique, qu'ils se destinent ou non à la médecine générale.

II - AU COURS D'UN TROISIEME CYCLE DE DEUX ANS, RESERVE AUX FUTURS

GENERALISTES

Il serait obligatoire pour tout futur omnipraticien, de suivre ce 3ème cycle spécifique de médecine générale.

a) Formation obligatoire :

- Le stage interné hospitalier de 8 à 12 mois : l'étudiant devra avoir au cours de ce stage interné de véritables responsabilités d'interne. Par ailleurs, ce stage devra s'effectuer dans un service de médecine générale, ou proche de la médecine générale, par le large éventail de sa pathologie. Dans la mesure où ce stage doit être formateur, il conviendra de se montrer beaucoup plus strict qu'actuellement sur la définition et le choix de ces postes. Ce stage serait rémunéré, comme les fonctions d'interne.

- 2 à 4 mois de stage chez le praticien, au cours de la seconde année, ce stage étant si possible le plus rapidement actif (par la pratique d'actes médicaux). 2 mois paraissent suffisants pour comprendre les particularités de la médecine pratiquée en ville. Il apparaît toutefois indispensable qu'un contrôle (dont les modalités seraient à définir) s'institue pour la désignation des "maîtres de stage".

- Des stages hospitaliers universitaires complémentaires pendant les 8 à 10 derniers mois : ces stages permettraient une rotation dans les services spécialisés non fréquentés en tant qu'externe, et indispensables

à la pratique de la médecine omnipraticienne. Si la durée de ces stages était de 2 mois, quatre à cinq services spécialisés nouveaux pourraient ainsi être connus de l'étudiant. L'acquisition des données essentielles de la discipline se ferait lors des consultations, lors des visites dans les services le matin, par les lectures personnelles, la participation aux colloques, la mise au point finale des dossiers, etc...

- Au cours de l'une de ces 2 années, celle de stage interné, ou la suivante, selon le désir ou la possibilité de l'étudiant, il serait organisé des séances de table ronde hebdomadaires, d'une durée de deux heures, dont le but serait de prolonger le certificat optionnel de médecine praticienne de la 4ème année du 2ème cycle. Comme pour celui-ci, ces tables rondes seraient animées par des praticiens sur des sujets concernant la médecine générale. Elles seraient l'occasion de confrontation d'expériences, les étudiants étant alors chargés de responsabilités thérapeutiques.

- La préparation de la thèse s'insérerait au cours de ces deux années.

b) Formation facultative :

- Un certificat optionnel de psychologie pourrait prolonger pour les étudiants qui le désirent le certificat entrepris au cours du 2ème cycle. Il pourrait surtout offrir aux étudiants qui n'ont pas choisi le certificat au cours du 2ème cycle, la possibilité d'avoir une formation psychologique. Ce certificat pourrait, valablement prendre la forme d'un groupe Balint, les étudiants de 3ème cycle ayant tous une responsabilité de soins : une séance de 2 heures tous les quinze jours par exemple, pendant un an.

- Remplacement de médecins : au cours de la deuxième année de ce 3ème cycle, l'étudiant pourrait effectuer des remplacements de médecins, dont le rôle formateur n'est plus à démontrer, et qui leur apporteraient les moyens d'existence nécessaires, 8 ans après leur entrée en faculté de médecine.

- Par ailleurs, on peut concevoir que les étudiants qui doivent accomplir leur service militaire, puissent faire valider celui-ci, comme une partie des stages de ce 3ème cycle, à condition que ce service militaire ait comporté des responsabilités de soins préparant à la médecine générale.

On peut faire deux remarques à la suite de ces propositions :

. Le fait de proposer une formation spécifique et obligatoire pour devenir médecin généraliste, fait perdre au diplôme français de Docteur en Médecine son caractère universel qui donne actuellement à son détenteur le droit d'avoir n'importe quelle activité médicale.

. La solution idéale à mon sens serait une association beaucoup plus étroite des médecins généralistes et des médecins hospitaliers, pour réaliser la formation des futurs généralistes dans les meilleures conditions. C'est d'ailleurs un objectif qui a été inscrit dans le rapport de la Commission de la "santé et de l'assurance maladie" du VIIème Plan.

Cette association serait fructueuse pour tous :

- pour les médecins généralistes, qui seraient ainsi moins isolés et en contact beaucoup plus étroit avec l'hôpital et l'université, et donc avec les progrès et les nouveautés médicales.
- pour les médecins hospitaliers qui seraient ainsi plus proches de la réalité médicale quotidienne, si souvent différente de la pathologie hospitalière.
- pour les étudiants futurs généralistes, qui profiteraient de la confrontation de deux expériences médicales fort différentes.

Mais il ne nous a pas paru possible aujourd'hui, en raison de la coupure profonde qui existe entre ces deux milieux médicaux, de faire des propositions concrètes correspondant à cette idée.

CONCLUSIONS

Alors que la médecine générale traverse une crise de déconsidération en regard de la médecine hospitalière chaque jour plus scientifique, des efforts de réhabilitation sont entrepris à l'initiative des praticiens généralistes et des Pouvoirs Publics. Depuis vingt ans, certains pays étrangers ont eu le souci de donner une formation spécifique aux médecins généralistes. Plus récemment, la France a suivi ce mouvement et chaque nouvelle année voit se dérouler de nouvelles expériences : une commission spéciale dirigée par le Conseiller FOUGERE a été chargée par le gouvernement Français de prévoir les modifications susceptibles d'être apportées à la politique de la santé pour redonner sa vraie place à la Médecine Praticienne.

Après avoir tenté de situer le rôle actuel du praticien généraliste dans le système médico-social, nous avons analysé les principales causes de la crise de la Médecine Générale et posé le problème d'une formation spécifique des futurs omnipraticiens. Nous avons présenté une série d'expériences, tant étrangères (Belgique, Canada, Australie, U.S.A.) que françaises (Lyon, Faculté Alexis Carrel et Sud-Ouest - Paris, Facultés Kremlin-Bicêtre, Créteil, Bobigny - Bordeaux, Marseille, Tours, Lille, Nancy) ; une attention toute particulière a été donnée à l'expérience d'un troisième cycle officieux de médecine praticienne d'une durée de trois ans, réalisée à la Faculté de Bobigny et auquel nous avons participé. Parallèlement, nous avons rappelé les grandes lignes du rapport de la "Commission Fougère".

De ces nombreuses expériences, souvent plus différentes dans la forme qu'au fond, peuvent être tirées plusieurs leçons :

1) L'enseignement universitaire se doit plus que jamais d'apporter aux futurs omnipraticiens des connaissances solides et éprouvées, vérifiées par la riche expérience quotidienne des services hospitaliers. Cet enseignement sera d'autant mieux accepté et aurait d'autant plus de portée que les objectifs seraient mieux définis et plus proches de la forme de médecine pratiquée par le plus grand nombre.

2) La participation des omnipraticiens paraît aujourd'hui aussi nécessaire à la préparation des futurs généralistes qu'est indispensable

à la formation des futurs spécialistes l'intervention de spécialistes confirmés. Très rares sont en effet les expériences organisées sans leur participation : lors des commissions pédagogiques, lors d'un enseignement spécifique de Médecine Générale, lors d'un stage chez le praticien par exemple.

3) Une formation psychologique très étoffée est essentielle pour préparer l'étudiant à la relation Médecin-Malade et lui permettre d'utiliser au mieux ses compétences : certificat de psychologie médicale ou initiation aux groupes Balint.

4) Compte tenu du volume de connaissances que doit acquérir aujourd'hui un futur médecin, eu égard aux particularités et aux servitudes de la pratique médicale générale, il nous paraît impérieux et urgent d'organiser au plan national un troisième cycle de deux ans, dévolu à la formation du médecin omnipraticien et faisant suite à une sensibilisation de l'étudiant à la Médecine Générale au cours du deuxième cycle.

Ce troisième cycle devrait comporter un stage interné formateur ; des stages complémentaires, temps plein, rotatifs, dans des services hospitalo-universitaires adaptés ; un enseignement complémentaire d'opportunité, flexible, éclectique par les auteurs et par les sujets ; un stage prolongé chez le praticien ; des remplacements obligatoires de médecins généralistes ; une formation psychologique élaborée.

Le Président de la Thèse

Professeur B. FRANCOIS

Vu, le Directeur de l'Unité
ALEXIS CARREL
Professeur R. MORIN

Vu et permis d'imprimer
LYON, le 25 Mai 1977
Le Président de l'Université
Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales.
D. GERMAIN

A N N E X E S

C. E. R. F. O. R. M.

=====

Commission d'étude et de réflexion
sur la formation médicale

PROPOSITIONS DE PROGRAMME

CERTIFICAT DE MEDECINE PRATIQUE

I - CARDIOLOGIE

- La douleur thoracique
- l'Angor
- L'infarctus : attitude du Praticien au lit du malade ;
surveillance après hospitalisation.
- La surveillance des anticoagulants à domicile.

II - DYSPNEE ET OPPRESSIONS

- L'insuffisance cardiaque. Traitement.
- L'asthme (et incidemment les Pollinoses).
- L'insuffisance respiratoire chronique. Les bronchopneumopathies chroniques.

III - PATHOLOGIE DES MEMBRES INFERIEURS

- Algie des membres inférieurs et oedèmes des membres inférieurs.
- Artérites
- Pathologie veineuse. Phlébite. Ulcère variqueux.
- Les crampes.

IV - PSYCHIATRIE

- Dépression et insomnie
- Céphalées, (et algies de la face)
- Vertiges et malaises

V - LES ALGIES RACHIDIENNES

et les ceintures scapulaires et pelviennes.
Problèmes posés par la thérapeutique de l'Arthrose.

VI - DOULEURS PELVIENNES DE LA FEMME

- a) - Dysménorrhée. Syndromes prémenstruels
- Salpingites. Kystes et fibromes
- b) - Les leucorrhées.

VII - LES TROUBLES DES REGLES

- La contraception
- Le Praticien et les nodules du sein
- La ménopause

VIII - LA GROSSESSE ET LE PRATICIEN

- Problèmes administratifs. Déclarations légales.
- Surveillance d'une grossesse normale.
- Menaces de fausse couche et d'accouchement prématuré
- Petite pathologie de la grossesse
- Les médicaments et la grossesse.

IX - DERMATOLOGIE COURANTE

- Acnée. Eczéma. Mycoses
- Gâle. Staphylococcus cutanés
- Dermatoses du nourrisson

X - GASTRO-ENTEROLOGIE

- Ulcères. Pathologie fonctionnelle épigastrique
- Les troubles du transit intestinal
- L'intestin douloureux

XI - ICTERES ET HEPATITE

- Coliques hépatiques. Dithiase biliaire
- Pathologie anorectale

XII - LES AFFECTIONS FEBRILES AIGUES DE L'ENFANT

Otite, "Rhino", Sinusite

Les fièvres éruptives

Les fièvres nues de l'adulte

Gripes et pneumopathies aiguës

XIII - Dysuries, Hépaturies, Infections urinaires adultes et enfants.
Lithiase rénale. La prostate.

XIV - Alimentation du nourrisson NORMAL, les vomissements du nourrisson, les diarrhées du nourrisson, les examens légaux au cours des deux premières années (Développement psychomoteur).

XV - Obésité et Diabète

Hypertension, accessoirement Goutte et Hyperlipidémie...

Il faudrait faire une 16ème séance, sur les problèmes de MEDECINE SOCIALE et de LEGISLATION (certificat, accident du travail, invalidité, maladie longue durée, dispense du ticket modérateur, etc...). Eventuellement à faire en "séance plénière", en grand amphî comme à RAVALT, avec en plus : MEDECINE DE GROUPE, LES DEMARCHES DE L'INSTALLATION.

Certificat optionnel de médecine praticienne de l'U.E.R.

KREMLIN-BICETRE

Thème des 18 Séances

=====

- I - La Vie professionnelle
- 2 - Le statut et la responsabilité du médecin
- 3 - Les douleurs thoraciques
- 4 - Toux, dyspnée, hémoptysies
- 5 - Le praticien devant les ictères
- 6 - Les douleurs abdominales
- 7 - Les troubles digestifs
- 8 - Angines et problèmes O R L divers
- 9 - Les douleurs d'origine vertébrale
- 10 - La dermatologie du praticien
- II - Les problèmes gynécologiques
- 12 - La pathologie urinaire
- 13 - Vertiges, syncopes, pertes de connaissance
- 14 - Le malade fébrile
- 15 - Le malade âgé
- 16 - Bilan de santé - choix des examens
- 17 - La relation médecin-malade
- 18 - L'anxieux, le déprimé. Les urgences psychiatriques

ANNEXE N°2 BIS

XXFACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

. Le certificat de médecine praticienne A fut suivi par 75 étudiants.
Les différents thèmes sont traités sous forme de table ronde :

- Le médecin généraliste (2h)
- La démarche diagnostique (la consultation, les visites) (3h)
- Le choix et le risque des examens complémentaires (5h)
- Les urgences du médecin praticien (2h)
- L'appel au spécialiste. Le médecin praticien et l'hôpital (2h)
- Contraception et avortements (3h)
- Rôle préventif du médecin praticien (3h)
- Les "fonctionnels" (2h)
- Le médicament (3h)
- Les handicapés (2h)
- La vérité diagnostique. Le médecin et la mort (3h)

. Le certificat de médecine praticienne B a été suivi par 125 étudiants :

- Le choix de l'installation et ses conséquences : du médecin de ZUP au médecin de campagne (2h)
- Le médecin praticien et le risque vasculaire (3h)
- Le médecin praticien et les malades psychiatriques (2h)
- Le médecin praticien et les cancéreux (3h)
- Les régimes utiles et inutiles (2h)
- Le médecin praticien et les vieillards (3h)
- Le médecin praticien et "les douloureux" (2h)
- Le médecin praticien, la peau et les varices (3h)
- Médecine générale et pathologie d'importation (3h)
- Médecine générale et condition féminine (1h)
- Le médecin praticien et les organismes de santé (3h)
- L'avenir de la médecine générale : les cabinets de groupe ; information médicale, la formation continue (3h).

FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL
=====

I - CARDIOLOGIE

- Savoir faire un E.C.G.
- Savoir reconnaître :
 - . H.V.G.
 - . H.V.D.
 - . Insuffisance coronarienne aigue et chronique
 - . L'existence d'un trouble du rythme (sans autre précisions)
- Signature

II - DERMATOLOGIE

- Savoir traiter une verrue
 - Signature
- Savoir traiter un Kyste sébacé
 - Signature

III - GYNECOLOGIE

- Savoir effectuer correctement un examen clinique gynécologique complet (y compris la pose d'un spéculum).
 - Signature
- Savoir faire un prélèvement bactériologique vaginal
 - Signature
- Savoir faire un test au Lugol
 - Signature
- Savoir faire un frottis cervico-vaginal
 - Signature

IV - PROCTOLOGIE

- Savoir faire une anoscopie
 - Signature
- Savoir exciser une thrombose hémorroïdaire
 - Signature

V - SAVOIR FAIRE UN CATHETERISME VESICAL
-Signature

VI - RHUMATOLOGIE

- Savoir faire une infiltration articulaire
 - Signature

VII - VAISSEaux

- Savoir traiter un ulcère variqueux
 - Signature

ANNEXE N° 3

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXFaculté de médecine de LILLE

L'enseignement de médecine praticienne en TCEM I a été suivi par 72 étudiants.

Sujets traités en séminaires

=====

A - Problèmes administratifs, sociaux et éducatifs :

- Les problèmes sociaux de l'exercice
- La vie professionnelle
- Le praticien et les circuits de soin (hospitalisation, PMI, dispensaires...)
- Le praticien et la formation médicale continue.

B- Problèmes relationnels :

- Le praticien et le malade psycho-somatique
- Le praticien et le malade grave
- Le praticien face aux problèmes existentiels

C - Pathologie :

- L'urgence médicale
- L'accidenté et son devenir
- L'algique
- Le praticien et la fièvre
- La pathologie générale de haut risque (cette année, l'hypertension)
- Le ventre douloureux
- Les problèmes du couple
- La mère et le nourrisson
- Le praticien et l'enfant
- Le praticien et les problèmes gériatriques
- Les examens paracliniques
- stage pratique (Pr Decoulx) : "la traumatologie courante".
- stage pratique (Pr Huriez) : "la dermatologie courante".

D- Thérapeutique :

- De la bonne conception de la prescription
- Les aspects iatrogènes de la pratique médicale
- Les problèmes hygiéno-diététiques (et ceux de la crénothérapie)

NOTE SUR L'ENSEIGNEMENT THEORIQUE AU COURS DU ~~TROISIEME~~ CYCLE/DU GENERALISTE

Le ~~troisième~~ cycle/spécifique du généraliste comporte obligatoirement un enseignement théorique préparant l'étudiant à l'exercice de ses fonctions d'omnipraticien, fonctions au cours desquelles il devra être capable d'établir un diagnostic de probabilité à partir d'un symptôme d'apprécier les critères d'urgence, de différencier l'organique du psychosomatique, de prescrire un traitement s'il y a lieu en sachant tenir compte de son coût, d'apprécier le moment où s'impose le recours au médecin spécialiste consultant ou à la médecine hospitalière, de faire de l'éducation sanitaire en enseignant les règles d'hygiène et de vie recommandée par la médecine préventive.

1) Des lieux de formation

Dans le cadre de la région de formation choisie par l'étudiant de troisième cycle, l'enseignement théorique sera donné dans :

- les U.E.R.
- les hôpitaux où sont regroupés les services qualifiants en médecine générale,
- les hôpitaux du praticien (ou unité locale d'hospitalisation)
- les lieux de réunion des sociétés locales de formation médicale continue.

2) De la durée de la formation théorique

L'enseignement complémentaire théorique sera donné au cours de :

- six séances de deux heures trente par mois, dix-huit heures par an,
- soit cent cinquante heures par an, dont cinquante heures, si possible dans les sociétés de formation médicale continue.

3) De l'encadrement de l'enseignement

Cet enseignement sera donné :

- par les médecins hospitalo-universitaires et leurs assistants,
- par les médecins-chefs de services hospitaliers qualifiants et leurs assistants,
- par les praticiens, maîtres de stage,
- par les responsables de sociétés de formation médicale continue.

- 2 -

4) De la Commission Paritaire Régionale

L'enseignement théorique sera donné sous la responsabilité de ces Commissions groupant universitaires, hospitaliers, praticiens en exercice ou en formation qui désigneront les maîtres de stage, fixeront les lieux de formation et établiront les programmes.

5) Des méthodes pédagogiques

Le cours magistral traditionnel sera remplacé par des méthodes de formation active par petits groupes réunissant praticiens en exercice et praticiens en formation dans les sociétés de formation médicale continue ou réunissant praticiens en formation et médecins d'encadrement hospitalier dans les structures plus lourdes.

6) Des programmes d'enseignement

Ils devront tourner autour de dix chapitres obligatoires et un chapitre optionnel,

- la vie sexuelle de l'individu et du couple et ses prolongements médico-sociaux abordés au cours de consultations privilégiées tels que :

- .consultation contraceptive,
- .consultation pré-nuptiale,
- .consultation pré-natale,
- .consultation mensuelle de surveillance de la grossesse jusqu'au sixième mois.

- la pédiatrie du praticien centrée sur quatre chapitres :

- .la normalité somatique et psycho-affective dans les différents stades de développement,
- .les règles d'hygiène et de diététique à respecter et les erreurs éducatives à ne pas commettre,
- .l'étude des symptômes ou syndromes d'appels courants spécifiques à la pédiatrie,
- .l'étude du contenu de certaines consultations privilégiées telles que examen du neuvième jour, du quatrième mois, du neuvième mois, du vingt-quatrième mois, du trentième mois, du trente-sixième mois admission maternelle, de la sixième année admission en enseignement élémentaire, de la onzième année admission en sixième, de la quinzième année entrée en seconde,

- la médecine d'urgence, technique d'examens et méthodes thérapeutiques primaires,

- l'actualité médicale où seront exposés les

- l'actualité thérapeutique,
- l'évolution des techniques et des idées sur l'éducation sanitaire et la médecine préventive,
- les problèmes posés par la surveillance des malades chroniques et des malades en post-cure après hospitalisation,
- les problèmes posés par la gériatrie,
- l'étude de certains chapitres de la pathologie et de la thérapeutique laissée à l'initiative des Commissions Régionales,
- les notions d'économie médicale : gestion de Cabinet, coût de l'activité médicale individuelle, coût de la santé et son évolution prévisible,
- un chapitre optionnel : l'étude des problèmes posés par la grossesse après le sixième mois, par l'obstétrique et la péri-natalité.

7) Du contrôle des connaissances

- ce contrôle s'effectuera tout au long du troisième cycle par l'établissement de certificats d'assiduité et par des notes de stage délivrés par les U.E.R., par les chefs de service hospitalier responsables de services qualifiants, par les maîtres de stage, par les responsables de sociétés de formation médicale continue,
- il sera sanctionné par des examens cliniques appréciant les aptitudes cliniques et le comportement des candidats.

La qualification en Médecine Générale sera donnée par les Commissions Régionales sous la responsabilité des Présidents d'U.E.R. après étude des certificats d'assiduité et des notes de stage et contrôle de la réussite aux examens cliniques.

PROJET DE DECRET RELATIF AU ~~XXIX~~ CYCLE~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

TERMINAL SPECIFIQUE DU GENERALISTE

ARTICLE 1

Le ~~XXIX~~ cycle/spécifique du généraliste a une durée de 2 ans. Il comporte un stage hospitalier d'une durée minimum de 18 mois et, éventuellement, un ou plusieurs stages complémentaires accomplis soit auprès d'un praticien libéral, soit auprès d'un médecin conseil de la sécurité sociale, soit auprès d'un médecin responsable dans un service de PMI, de médecine scolaire, de médecine du travail ou dans un centre ou organisme où sont exercées, sans hospitalisation, des activités de prévention, de diagnostic ou de soins.

ARTICLE 2

Les stages prévus à l'article 1 ci-dessus peuvent être accomplis soit dans des établissements, organismes et services publics, soit dans des établissements, organismes et services privés qui ont fait l'objet d'un agrément par la Commission prévu à l'article 14. Dans ce dernier cas, il est conclu entre l'Université et les établissements, organismes ou services des contrats qui fixent notamment les modalités pédagogiques et la durée du stage, ainsi que les conditions d'assurance et de réparation des dommages causés par le stagiaire ou subis par lui durant le stage.

ARTICLE 3

Les stages sont organisés par l'Université et accomplis sous son contrôle administratif et pédagogique, en liaison avec le médecin inspecteur régional de la santé.

Les stagiaires sont soumis au règlement intérieur de l'établissement, organisme ou service où ils accomplissent leur stage et sont placés sous l'autorité du chef de service ou du médecin responsable du stage.

ARTICLE 4

Les stagiaires reçoivent une rémunération dont le montant est fixé par arrêté conjoint du Ministre de la Santé et du Secrétaire d'Etat aux Universités et du Ministre des Finances.

ARTICLE 5

Les stagiaires sont notés par le chef de service ou le médecin responsable. Ces notes sont adressées au Président de l'U.E.R. Si ces notes sont inscrites au

par le Conseil de l'U.E.R., celui-ci peut obliger l'étudiant à renouveler tout ou partie des stages ou à soumettre à un examen de contrôle.

ARTICLE 6

Le stage hospitalier est accompli à temps plein sous l'autorité du chef de service ou d'un médecin responsable.

Les stagiaires exécutent les tâches qui leur sont confiées par le chef de service ou le médecin responsable, notamment les prescriptions et autres actes médicaux de pratique courante, la contrevisite et le service de garde.

Le chef de service ou le médecin responsable peuvent confier aux stagiaires l'exécution, sous leur surveillance directe ou celle d'un de leurs collaborateurs docteur en médecine, d'opérations ou d'interventions autres que les actes médicaux de pratique courante, à condition qu'une telle délégation ne soit pas exclue par la gravité de l'acte et que le chef de service ou le médecin responsable se soit assuré au préalable que l'autorisation ainsi donnée sous sa responsabilité n'est susceptible de porter aucune atteinte aux garanties médicales que les malades sont en droit d'attendre d'un service hospitalier.

Les stagiaires dispensent les soins dont l'urgence ne permet pas d'attendre la venue du chef de service ou du médecin responsable.

ARTICLE 7

Le stage auprès d'un praticien fait l'objet d'un contrat entre l'université et le maître de stage. Ce contrat fixe notamment les modalités pédagogiques du contrat et les conditions d'assurance et de réparation des dommages causés par le stagiaire ou subis par lui pendant le stage.

ARTICLE 8

Le stage ne peut être accompli qu'auprès de médecins installés et exerçant depuis 5 ans au moins et agréés par la Commission prévue à l'article 14 du présent décret.

ARTICLE 9

La durée d'un stage chez le même praticien ne peut être supérieure à 6 mois.

- 3 -

ARTICLE 10

Un médecin, qu'il exerce isolément ou non, ne peut recevoir plus d'un stagiaire à la fois.

Le médecin qui a reçu un stagiaire ne peut, qu'il exerce isolément ou non, accueillir un nouveau stagiaire avant l'expiration d'une période de temps égale à la durée du stage précédent.

ARTICLE 11

Le médecin qui n'exerce pas isolément ne peut recevoir un stagiaire, si un médecin avec lequel il exerce en commun a accueilli antérieurement un stagiaire, avant qu'il ne se soit écoulé depuis la fin de ce stage, une période de temps égale à sa durée.

ARTICLE 12

La présence du stagiaire aux consultations et visites du maître de stage ainsi que l'exécution par lui d'actes médicaux sont subordonnées au consentement du malade et à l'accord du maître de stage. Le stagiaire ne peut en tout cas exécuter que les actes médicaux dont le maître de stage a la pratique habituelle.

ARTICLE 13

Le stagiaire ne peut, en cours de stage, remplacer le maître de stage, conformément aux dispositions en vigueur sur le remplacement, que deux journées au plus par semaine ou pendant des périodes qui ne peuvent excéder au total (le tiers de la durée du stage) ou (un mois).

ARTICLE 14

Il est institué dans chaque région médicale une Commission qui réunit sous la présence du Président de l'U.E.R. ou de son délégué, des représentants du Ministère de la Santé, de l'Ordre National des médecins, des organisations professionnelles de médecins et des étudiants en médecine/. Cette Commission désigne les services formateurs, agréés les praticiens libéraux et les établissements, organismes ou services privés auprès desquels des stages peuvent être accomplis et est consultée sur les questions de caractère général concernant l'organisation, l'accomplissement et la validation des stages.

/ accomplissant le 3ème cycle

DOSSIER MÉDICAL PROGRAMMÉ

2

EXAMENS DE CLINIQUE

DÉFINISSEZ VOS CONDITIONS D'EXERCICE

Cochez la case des conditions d'exercice dans lesquelles vous voulez vous situer pour résoudre le problème qui va vous être posé.

☐

Vous exercez la médecine générale. Votre cabinet médical ne possède pas d'équipement spécial. Il est situé à proximité d'un centre urbain où il existe des moyens hospitaliers, des spécialistes et des laboratoires d'analyses.

☐

Vous exercez la médecine en milieu rural. Votre cabinet médical possède un poste de radiographie de faible puissance. Vous pouvez obtenir dans les 24 heures à 36 heures, des examens biologiques courants. Le recours à d'autres moyens médicaux requiert des délais plus importants.

A -- PRESENTATION DU CAS N° 2

PREMIÈRES DONNÉES CLINIQUES

- A 01 Il s'agit d'un homme
- A 02 âgé de 61 ans
- A 03 de forte corpulence
- A 04 présentant une dyspnée importante
- A 05 son visage est coloré, ses yeux injectés et saillants
- A 06 sa voix étouffée
- A 07 animé d'un léger tremblement
- A 08 il tousse au moindre effort, notamment lorsqu'il parle, ce qui accentue la dyspnée.
- A 09 Les troubles remontent à une dizaine d'années
- A 10 et se sont accentués progressivement.
- A 11 il n'a pas d'antécédent pathologique particulier.
- A 12 il crache abondamment, surtout le matin.
- A 13 l'expectoration est muco-purulente, parfois striée de sang.
- A 14 Il est bijoutier artisan depuis 40 ans.
- A 15 il fume environ 15 cigarettes par jour,
- A 16 et boit 1/2 bouteille de vin à chaque repas. Pas de bière ni d'alcool.
- A 17 il travaille chez lui environ 10 heures par jour.
- A 18 Il est amélioré à moyenne altitude
- A 19 son thorax est globuleux
- A 20 la cyphose dorsale est augmentée.
- A 21 il présente un tirage sus-claviculaire,
- A 22 une circulation collatérale thoracique,
- A 23 une diminution du murmure vésiculaire,
- A 24 des rhoncus et des sibilants,
- A 25 des bruits du cœur assourdis et rapides.
- A 26 la cavité buccale et le pharynx sont cyanosés,
- A 27 de même que les extrémités.
- A 28 les membres inférieurs sont le siège d'un oedème mou, remontant au tiers supérieur de la jambe.
- A 29 son foie est gros et sensible.
- A 30 la tension artérielle est à 17-10.

CARREFOUR N° I

Ces données cliniques sont-elles suffisantes pour vous permettre d'avoir une forte présomption ou une certitude sur le diagnostic, la gravité de l'affection en cause et sur l'urgence d'une décision thérapeutique ?

(cochez une case)

- II OUI ☐ passez directement à la rubrique B
 NON ☐ pour obtenir des précisions cliniques complémentaires complétez le paragraphe "données cliniques complémentaires" et échangez la contre la liste des "données cliniques complémentaires".

Après lecture, répondez à la question suivante :

Ces données cliniques complémentaires vous apportent-elles les renseignements que vous souhaitez pour répondre affirmativement à la question carrefour N° I ?

(cochez une case)

- I2 OUI ☐ passez directement à la rubrique B
 NON ☐ Justifiez votre réponse dans le cadre ci-dessous, puis passez à la rubrique B

DONNEES CLINIQUES COMPLEMENTAIRES

Feuille de demande

NOM

PRENOM

N° DE DOSSIER

N° DE TABLE

B - BILAN DE LA PREMIERE APPROCHE CLINIQUE

B I - a) Quel que soit votre degré de certitude, dans quel (s) cadre (s) situez-vous l'affection en cause ? (vous pouvez cocher plusieurs cases).

B 01	Oeil - motricité oculaire - voies optiques	☐
B 02	Oreilles - Système cochléo-vestibulaire	☐
B 03	Bouche - Glandes salivaires	☐
B 04	Voies aériennes supérieures	☐
B 05	Appareil respiratoire (bronches - poumons-plèvres)	☐
B 06	Coeur	☐
B 07	Vaisseaux - Régulation de la pression artérielle	☐
B 08	Système nerveux central - méninges	☐
B 09	Système nerveux périphérique	☐
B 10	Système neuro-végétatif	☐
B 11	Comportement psychique	☐
B 12	Appareil ostéo-articulaire	☐
B 13	Tube digestif et mésentère	☐
B 14	Pancréas	☐
B 15	Foie et voies biliaires	☐
B 16	Glandes endocrines et métabolisme glucidique	☐
B 17	Appareil urinaire	☐
B 18	Equilibre hydro-électrolytique	☐
B 19	Appareil génital et annexes (sein compris)	☐
B 20	Sang et système hématopoïétique	☐
B 21	Système lymphatique (lymphocytes - ganglions - voies lymphatiques)	☐
B 22	Peau - phanères	☐

b) La cause de cette affection vous semble-t-elle d'origine ? (vous pouvez cocher plusieurs cases) :

B 23	Infectieuse ?	☐
B 24	Inflammatoire ?	☐
B 25	Proliférative, banigne ou maligne ?	☐
B 26	Métabolique ?	☐
B 27	Dégénérative ?	☐
B 28	Mécanique ?	☐
B 29	Autre origine	☐

B 2 - Quel que soit votre degré de certitude sur la nature exacte de l'affection, appréciez son caractère de gravité.

- B 30 Affection bénigne ☐
- B 31 Affection sévère ne compromettant pas immédiatement le pronostic vital. ☐
- B 32 Affection pouvant être fatale à court terme en l'absence de traitement. ☐
- B 33 Affection fatale à court terme malgré le traitement. ☐

Justifiez votre réponse par les données de A en les cochant dans la liste ci-dessous.

- | | | | | | | | |
|------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|------|--------------------------|
| A 01 | ☐ | A 21 | ☐ | A 41 | ☐ | A 61 | ☐ |
| A 02 | ☐ | A 22 | ☐ | A 42 | ☐ | A 62 | ☐ |
| A 03 | ☐ | A 23 | ☐ | A 43 | ☐ | A 63 | ☐ |
| A 04 | ☐ | A 24 | ☐ | A 44 | ☐ | A 64 | ☐ |
| A 05 | ☐ | A 25 | ☐ | A 45 | ☐ | A 65 | ☐ |
| A 06 | ☐ | A 26 | ☐ | A 46 | ☐ | A 66 | ☐ |
| A 07 | ☐ | A 27 | ☐ | A 47 | ☐ | A 67 | ☐ |
| A 08 | ☐ | A 28 | ☐ | A 48 | ☐ | A 68 | ☐ |
| A 09 | ☐ | A 29 | ☐ | A 49 | ☐ | A 69 | ☐ |
| A 10 | ☐ | A 30 | ☐ | A 50 | ☐ | A 70 | ☐ |
| A 11 | ☐ | A 31 | ☐ | A 51 | ☐ | A 71 | ☐ |
| A 12 | ☐ | A 32 | ☐ | A 52 | ☐ | A 72 | ☐ |
| A 13 | ☐ | A 33 | ☐ | A 53 | ☐ | A 73 | ☐ |
| A 14 | ☐ | A 34 | ☐ | A 54 | ☐ | A 74 | ☐ |
| A 15 | ☐ | A 35 | ☐ | A 55 | ☐ | A 75 | ☐ |
| A 16 | ☐ | A 36 | ☐ | A 56 | ☐ | A 76 | ☐ |
| A 17 | ☐ | A 37 | ☐ | A 57 | ☐ | A 77 | ☐ |
| A 18 | ☐ | A 38 | ☐ | A 58 | ☐ | A 78 | ☐ |
| A 19 | ☐ | A 39 | ☐ | A 59 | ☐ | A 79 | ☐ |
| A 20 | ☐ | A 40 | ☐ | A 60 | ☐ | A 80 | ☐ |

CARREFOUR N° 2

Au terme de ce premier bilan clinique qui vous a permis de situer l'affec-
tion et d'en apprécier la gravité apparente,

Jugez-vous qu'une décision thérapeutique urgente soit nécessaire ?
(cochez une case)

2I NON ☐ Passez directement au Carrefour 3
 OUI ☐ Remplissez la feuille d'urgence ci-dessous

FEUILLE D'URGENCE

Utilisez cette feuille si vous estimez que la situation dans
laquelle se trouve votre patient nécessite des mesures urgentes.

UA - QUELLE EST LA NATURE DE CETTE URGENCE ?

UA 1	Chirurgicale	☐
UA 2	Médicale	☐

UB - QUEL (S) APPAREIL (S) OU SYSTEME (S) CONCERNE-T-ELLE ?

UB 1	Système nerveux	☐
UB 2	" cardio-vasculaire	☐
UB 3	" respiratoire	☐
UB 4	" digestif et annexe	☐
UB 5	" urinaire	☐
UB 6	" génital	☐
UB 7	Glandes endocrines	☐
UB 8	Nutrition	☐
UB 9	Psychisme	☐

UC - SI VOUS POUVEZ DONNER LE DIAGNOSTIC PRECIS DE CETTE URGENCE
(syndrome ou maladie), ECRIVEZ-LE DANS LE CADRE CI-DESSOUS

UD - LE TRAITEMENT DE CETTE URGENCE DOIT ETRE EFFECTUE

UD 1 Dans un centre hospitalier

a) indiquez la spécialité du Service choisi.

b) Faites une lettre d'envoi suivant modèle en bas de page

c) Passez ensuite à la question D 08

UD 2 Par vous-même immédiatement

a) Indiquez le geste thérapeutique que vous effectuez en urgence :

b) Vous estimez que votre thérapeutique a eu un effet favorable dans l'immédiat. Passez au Carrefour 3

LETTRE D'ACCOMPAGNEMENT OU D'ENVOI
DESTINEE SOIT A UN SERVICE HOSPITALIER
SOIT A UN SPECIALISTE

La lettre doit être complètement rédigée, de façon concise, exposant le diagnostic envisagé et les raisons pour lesquelles vous désirez confier le malade.

DOCTEUR D. X...

Le...

rue Marcel Dupont
DURANDVILLE

999.99.99

rédigez l'adresse

CARREFOUR N° 3

Vous estimez que la situation de votre patient ne nécessite pas, ou ne nécessite plus de mesures urgentes. Considérez-vous toutefois que vous pouvez continuer à assumer la responsabilité de ce malade ?
(cocher une case)

3I OUI ☐ Passez directement au Carrefour N° 4

NON ☐ Répondez aux questions suivantes :

B 34 Allez-vous confier votre malade à un Spécialiste ?

NON ☐

OUI ☐

Lequel ?

B 35 Ou à un Service hospitalier ?

NON ☐

OUI ☐

Lequel ?

B 36 Dans les deux cas, faites une lettre d'accompagnement puis passez à la question D 08.

CARREFOUR N° 4

Vous avez choisi de continuer à assumer la responsabilité du malade. Pour arriver au diagnostic précis de son affection, avez-vous besoin d'investigations complémentaires ?
(cochez une case)

4I NON ☐ Passez directement à la rubrique C

OUI ☐ Remplissez la feuille de demande d'examens, en cochant les numéros de ceux que vous désirez.

Calculez le coût de ces examens.

Echangez cette feuille contre une feuille de résultats : vous n'y trouverez que les données indispensables ou seulement utiles au diagnostic.

Les examens que vous avez demandés et dont la réponse ne vous est pas fournie sont considérés comme des "prescriptions abusives".

EXTENSIONNEMENTS

NOMENCLATURE
LITRES CUS

PRIX

BIOLOGIE

NOMENCLATURE
LITRES CUS

PRIX

Radiographies pulmonaires	Z 12	62,00	36 Urée (sang)	B 10	10,
Face + 2 profils	Z 15	83,00	37 Urée (urines)	B 5	5,
Tomographies	Z 56	291,00	38 Glucose (sang)	B 10	10,
Abdomen sans préparation	Z 12	62,00	39 Glucose (urines)	B 5	5,
Dérophage	Z 36	187,00	40 Recherche de corps cétoniques (urines)		
Transit gastro-duodénal	Z 60	312,00	41 Cholestérol (sang)	B 10	10,
Transit du grêle	Z 66	343,00	42 Lipides (sang)	B 25	16,
Lavement baryté	Z 65	338,00	43 Triglycérides (sang)	B 50	31,
Cholecystographie	Z 38	197,00	44 Acide urique (sang)	B 10	10,
Cholangiographie + K5	Z 45	234,00	45 Ionogramme (sang)	B 50	31,
Urographie intraveineuse + K2 + K5	Z 70	364,00	46 Ionogramme (urines)	B 50	31,
Cystographie	Z 13	68,00	47 Calcium (sang)	B 20	21,
Tomographies des reins	Z 20	104,00	48 Calcium (urines)	B 20	21,
Radiographies du squelette			49 Phosphore (sang)	B 20	21,
Crâne face	Z 14	73,00	50 Phosphore (urines)	B 15	16,
Crâne profil	Z 14	73,00	51 Créatinine sanguine	B 30	21,
Rachis cervical	Z 14	73,00	52 Clearance de l'urée	B 30	31,
Rachis dorsal	Z 13	84,00	53 Clearance de la créatinine	B 45	42,
Rachis lombaire	Z 13	84,00	54 P.S.P.	B 15	16,
Bassin	Z 12	63,00	55 Albumine (urines des 24 heures)	B 7	7,
Manche droite (face et profil)	Z 12	63,00	56 B.S.P. 15' - 45'	B 25	26,
Manche gauche (face et profil)	Z 12	63,00	57 Phosphatases alcalines	B 25	26,
Epaule droite	Z 13	68,00	58 Phosphatases acides	B 30	31,
Epaule gauche	Z 13	68,00	59 Epreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale	B 60	63,
Genou droit	Z 8	42,00	60 Amylasémie	B 40	42,
Genou gauche	Z 8	42,00	61 Amylasurie	B 40	42,
Poignet droit	Z 6	31,00	62 Transaminase SGOT	B 50	52,
Poignet gauche	Z 6	31,00	63 SGPT	B 50	52,
Cheville droite	Z 8	42,00	64 LDH	B 60	63,
Cheville gauche	Z 8	42,00	65 CPK	B 60	63,
Membre supérieur droit	Z 6	31,00	66 Bilirubine libre	B 10	10,
Membre supérieur gauche	Z 6	31,00	67 Bilirubine totale	B 15	16,
Membre inférieur droit	Z 8	42,00	68 Électrophorèse	E120	126,
Membre inférieur gauche	Z 8	42,00	69 Immunoelectrophorèse	E120	128,
Hématographie	Z 36	187,00	70 Taux de prothrombine	B 20	21,
			71 Complexe prothrombique	B 60	63,
			72 Temps de Howell	B 25	26,
			73 Céphaline Kaolin	B 30	31,
			74 Fibrine (sang)	B 28	29,
			75 Fer sérique	B 50	52,
			76 Saturation de la sidérophiline	B 20	21,
			77 Numération globulaire	B 30	21,
			78 Formule sanguine		
			79 Numération des plaquettes	B 25	26,
			80 Réticulocytes	B 25	26,
			81 Hématocrite	B 15	16,
			82 Vitesse de sédimentation	B 15	16,
			83 Fonction sternale	B 50	52,

EXAMENS BACTÉRIOLOGIQUES	NOMBRE DE LITRES CULS	Prix	EXAMENS DIVERS	NOMBRE DE LITRES CULS
Prélèvement de gorge	B 50	52,50	103 Coproculture	B 10 + 40 +
Examen cytobactériologique des urines	B 50	52,50	104 Culture sur milieu de Sabouraud	B 15 + 30
Hématies-leucocytes/mm	B 25	25,00	105 Parasites	B 50 + 60 +
Recherche de BK/crachats	B 35	37,00	106 Stéatorrhée	B 25
Recherche de BK/tubage	B 50	52,50	107 Bilan fonction. de la digestion	B 50
Recherche de BK/urines	B 50	52,50		
			108 Latex	B 40
			109 Vanier Rose	B 40
EXAMEN CYTOMÉTÉRIOLOGIQUE DES LIQUIDES :			110 Examen du fond d'oeil	
Céphalo-rachidien	B 55 + 30	89,00	111 Examen du champ visuel	K 10
Pleural	B 55 + 30	89,00		
Péritonéal	B 55 + 30	89,00	112 Examen O.R.L.	
Antistreptolysines	B 50	52,50	113 Audiogramme	K 15
Séro diagnostique de Widal	B 40	42,00	114 E.M.G.	K 30
Séro diagnostique de Wright	B 20	21,00	115 Examen vestibulaire	K 10
Séro diagnostique de Martin et Petit				
Antibiogramme	B100	105,00		
Hémoculture	B 40	42,00	116 Electrocardiogramme	K 12
Prélèvements vaginaux	B 45	47,00	117 Electroencéphalogramme	K 30
			118 Explorations fonctionnelles respiratoires	K 30
FROTIS VAGINAUX :			119 Réflexogramme achilléen	B 20
- de dépistage	B 70 + 20	84,50	120 Cartographie thyroïdienne	2 30 + 1/2 + 1,5 + médicaments Z 20
- à visée hormonale	B 70 + 20	84,50	121 Fixation de l'iode 131	
Réactions de déviation du complément pour caractérisation des maladies virales	B 40	42,00	122 Réaction biologique de la grossesse	B 30 X 2
MNI test	B 40	42,00	123 Prolanuric	B100
			124 Dosage des 17 cétio-cortico-stéroïdes	B 70
			17 OH urinaires	
			125 Dosages des oestrogènes et des progestatifs dans les urines	B 70
			126 F.S.H. urinaires	B100
			127 Groupes sanguins	B 30
			128 Recherche d'agglutinines anormales	B 30
			129 Recherche de cellules LE	B 30
			130 Recherche d'anticorps anti ALG	B 60
			131 Test de Coombs (direct et indirect)	B 15 + B 50
			132 VMA	B 60

C - DIAGNOSTIC PRECIS

C 01 Quelle affection (maladie ou syndrome) est directement responsable des actes médicaux que vous venez d'effectuer ?

(décrivez-la succinctement dans le cadre ci-dessous)

C 02 Cette affection est-elle associée à une autre pathologie ?

NON ☐

OUI ☐

Laquelle ? (décrivez-la succinctement dans le cadre ci-dessous)

C 03 Ou survient-elle sur un terrain favorable ?

NON ☐

OUI ☐

Lequel ? (décrivez-le succinctement dans le cadre ci-dessous)

C 04 Mettez dans le tableau ci-dessous les éléments de A (Données clinique et de Z (examens complémentaires) qui vous ont permis d'acquies la c litude du diagnostic que vous venez de porter.

DONNÉES CLINIQUES				EXAMENS COMPLÉMENTAIRES	
A 01 ☐	A 21 ☐	A 41 ☐	A 61 ☐	Z 01 ☐	Z 26 ☐
A 02 ☐	A 22 ☐	A 42 ☐	A 62 ☐	Z 02 ☐	Z 27 ☐
A 03 ☐	A 23 ☐	A 43 ☐	A 63 ☐	Z 03 ☐	Z 28 ☐
A 04 ☐	A 24 ☐	A 44 ☐	A 64 ☐	Z 04 ☐	Z 29 ☐
A 05 ☐	A 25 ☐	A 45 ☐	A 65 ☐	Z 05 ☐	Z 30 ☐
A 06 ☐	A 26 ☐	A 46 ☐	A 66 ☐	Z 06 ☐	Z 31 ☐
A 07 ☐	A 27 ☐	A 47 ☐	A 67 ☐	Z 07 ☐	Z 32 ☐
A 08 ☐	A 28 ☐	A 48 ☐	A 68 ☐	Z 08 ☐	Z 33 ☐
A 09 ☐	A 29 ☐	A 49 ☐	A 69 ☐	Z 09 ☐	Z 34 ☐
A 10 ☐	A 30 ☐	A 50 ☐	A 70 ☐	Z 10 ☐	Z 35 ☐
A 11 ☐	A 31 ☐	A 51 ☐	A 71 ☐	Z 11 ☐	Z 36 ☐
A 12 ☐	A 32 ☐	A 52 ☐	A 72 ☐	Z 12 ☐	Z 37 ☐
A 13 ☐	A 33 ☐	A 53 ☐	A 73 ☐	Z 13 ☐	Z 38 ☐
A 14 ☐	A 34 ☐	A 54 ☐	A 74 ☐	Z 14 ☐	Z 39 ☐
A 15 ☐	A 35 ☐	A 55 ☐	A 75 ☐	Z 15 ☐	Z 40 ☐
A 16 ☐	A 36 ☐	A 56 ☐	A 76 ☐	Z 16 ☐	Z 41 ☐
A 17 ☐	A 37 ☐	A 57 ☐	A 77 ☐	Z 17 ☐	Z 42 ☐
A 18 ☐	A 38 ☐	A 58 ☐	A 78 ☐	Z 18 ☐	Z 43 ☐
A 19 ☐	A 39 ☐	A 59 ☐	A 79 ☐	Z 19 ☐	Z 44 ☐
A 20 ☐	A 40 ☐	A 60 ☐	A 80 ☐	Z 20 ☐	Z 45 ☐
				Z 21 ☐	Z 46 ☐
				Z 22 ☐	Z 47 ☐
				Z 23 ☐	Z 48 ☐
				Z 24 ☐	Z 49 ☐
				Z 25 ☐	Z 50 ☐

RÉSULTATS DES EXAMENS UTILES AU DIAGNOSTIC

N° 2

Seuls les résultats des examens paracliniques que vous auriez dû demander vous sont fournis sur cette feuille.

- P 01 urée 0,45
- P 02 Cl 100 mEq - K 4,5 mEq - Na 142 mEq
- P 03 glucose 1,15
- P 04 cholestérol 3,20
- P 05 lipides 11 gr.
- P 06 triglycérides 1,30
- P 07 bilirubine 10 gr.
- P 08 B.S.P. 30 % - 10 %
- P 09 acide urique 0,065
- P 10 numération formule sanguine : G. R. 4 800 000 ; G.B. 12 300. Polynucléaire N. 73 % ; E. 3 % ; L. 21 ; M. 3
- P 11 plaquettes 230 000
- P 12 hématoците 36 %
- P 13 vitesse de sédimentation 28 - 46
- P 14 prothrombine 78 %
- P 15 crachats : expectoration abondante, mucopurulente, flore microbienne polymorphe à prédominance de Gram +. Culture : staphylocoque blanc pathogène. Sabouraud négatif.
- P 16 B.K. négatif.
- P 17 culture en cours.
- P 18 E C G : axe droit SI Q3 - en V1V2 grande onde R. T inversé - en V3V6 grande onde S.
- P 19 épreuves fonctionnelles respiratoires : CU normale - VEMS diminuée de 30 % ; VR augmentée ; épreuve de l'acétylcholine +.
- P 20 examen de fond d'oeil : stade II
- P 21 radios : face accentuation de la trame ; côtes horizontales. Densification hilaire à prédominance gauche - diaphragme abaissé. Gros coeur.
- ~~XXXXXX~~ profil : diaphragme horizontal - hyperclarté rétrosternale et rétrocardiaque.
- P 22 sinus : opacité floue des sinus maxillaires, sans niveau horizontal.
- P 24
- P 25

D - ATTITUDE THERAPEUTIQUE

Le traitement de cette affection sera effectué

D 01 a) Par vous-même

OUI ☐

Passez à la question D 04

NON ☐

Passez à la question suivante

D 02 b) Dans un Service hospitalier

OUI ☐

Rédigez une lettre d'accompagnement et passez à la question D 08

NON ☐

Passez à la question suivante

D 03 c) Par un Spécialiste

OUI ☐

Rédigez une lettre d'accompagnement et passez à la question D 08.

NON ☐

D 04 Vous assurez vous-même le traitement de l'affection : quelle thérapeutique prescrivez-vous ?

D 05 a) Prescriptions diététiques et hygiéniques

OUI ☐

Rédigez la prescription dans le cadre ci-dessous en bas de page.

NON ☐

Ces prescriptions sont inutiles, pourquoi ?
(utilisez le cadre ci-dessous)

DOCTEUR D. X...
rue Marcel Dupont
DURANDVILLE
999.99.99

Le...

D 06 b) Traitement médical

OUI

☐

Rédigez l'ordonnance dans le cadre ci-dessous en précisant les posologies et les durées de traitement.

DOCTEUR P. X... rue Marcel Dupont DURANDVILLE 999.99.99	Le...
--	-------

NON

☐

Le traitement est inutile, pourquoi ?
(utilisez le cadre ci-dessous)

--

D 07 c) Autre traitement

OUI

☐

Rédigez la prescription dans le cadre ci-dessous

DOCTEUR D. X... rue Marcel Dupont DURANDVILLE 999.99.99	Le...
--	-------

NON

☐

Passez directement à la rubrique E

I

D 08 Vous avez confié votre malade a un Spécialiste ou à un centre hospitalier

a) Estimez-vous que des investigations à fin de diagnostic sont indispensables avant l'établissement d'un traitement ?

D 09 OUI ☐ Citez lesquelles

NON ☐

b) Le traitement doit-il être à votre avis :

D 10 Médical ? OUI ☐ NON ☐

D 11 Chirurgical ? OUI ☐ NON ☐

c) Précisez votre opinion dans le cadre ci-dessous

Puis passez à la rubrique E

E - PRONOSTIC DE L'AFFECTION EN CAUSE

A - QUEL EST POUR LE CAS CONSIDERE, VOTRE PRONOSTIC SOUS L'EFFET DU TRAITEMENT ENVISAGE ? (cochez votre réponse)

- | | | | |
|---|----|--|--------------------------|
| E | 01 | Bon - Guérison sans séquelle | ☐ |
| | 02 | Guérison avec séquelles - lesquelles ? | ☐ |
| | | <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 500px;"></div> | |
| | 03 | Avec risque de rechute | ☐ |
| | 04 | Avec risque de récurrence | ☐ |
| | 05 | Stabilisation sans guérison vraie | ☐ |
| | 06 | Complications à redouter - Lesquelles ? | ☐ |
| | | <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 500px;"></div> | |
| | 07 | Aggravation progressive | ☐ |
| | 08 | Evolution fatale à moyen terme | ☐ |
| | 09 | Evolution fatale à court terme | ☐ |

B - QUEL SERA VOTRE ROLE DANS LES SUITES DE CETTE AFFECTION ?

- | | | | |
|---|----|--|--------------------------|
| E | I0 | Aucun rôle - Pourquoi ? | ☐ |
| | II | Contrôle de la guérison - A quel moment ? | ☐ |
| | I2 | Surveillance de l'évolution et du traitement | ☐ |
| | | (Utilisez le cadre ci-dessous pour répondre) | ☐ |

ORGANISATION DES STAGES DE FIN D'ETUDES AUPRES DU PRATICIEN

1) GENERALITES

Stage Effectif * depuis (année).....

Stage en Projet *

- Nombre de medecins participants :
- Nombre d'étudiants par année :

Nombre total d'étudiants de votre Faculté en stage interné (sous toutes ses formes) en 1975 - 1976 :

2) RECRUTEMENT DES MAITRES DE STAGE

- Par des associations de Médecins (lesquelles ?) :
- A partir d'un noyau de médecins participant déjà à un enseignement de Médecine Praticienne dans une Faculté :
- Médecins généralistes ayant des fonctions d'Attaché
- Autres modes de recrutement

3) ORGANISATION PRATIQUE DU STAGE

- Nombre de 1/2 journées par semaine
- Nombre total de mois par étudiant
- Auprès de 1 ou 2 praticiens successifs (entourer le chiffre exact)
- Remplacement possible du maître de stage OUI* NON*
- Conditions de Validation du Stage *: rapport de l'étudiant, appréciation du Maître de Stage, autre formule
- Thèses réalisées chez le Maître de Stage OUI* NON*
- Existe-t-il un contrat* ou un échange de lettres* entre la Faculté et les maîtres de stage ?
- Existe-t-il un contrat entre le maître de stage et l'étudiant

OUI* NON*

De quel type ?

4) LES PROBLEMES D'ASSURANCE ET DE RESPONSABILITE SONT-ILS RESOLUS ?

a) Responsabilité civile

- du médecin
- de l'étudiant

b) Assurance Invalidité-Décès de l'étudiant

LES ROLES DES MEDECINS GENERALISTES DANS L'ENSEIGNEMENT MEDICAL (STAGE
AUPRES DU PRATICIEN EXCLU)

Participation à des Commissions pédagogiques universitaires pour la définition
enseignement en premier ou en deuxième cycle

OUI*

NON*

Enseignement spécifique de Médecine Praticienne dans le Deuxième cycle fait par
généralistes

Forme : Certificats Optionnels* Séminaires* Tables Rondes*
Autre Formule*

Nombre total de Praticiens assurant cet enseignement :*

Titre, Objectif et durée (Total des heures) par unité de valeur**

a)

b)

c)

Enseignement spécifique de Médecine Praticienne dans le Troisième Cycle

Forme : Certificats Optionnels* Séminaires* Tables rondes*
Autre Formule*

Nombre total de Praticiens assurant cet enseignement :*

Titre, Objectif et durée (total des heures) par unité de valeur**

Préparation de thèses orientées

OUI*

NON*

Combien par an ?

Autres modes d'Enseignement assurés par des Généralistes ?

Méthode de recrutement des généralistes enseignants

- Groupes de médecins extérieurs à l'hôpital et quel type (groupes Balint etc...)
- Attachés hospitaliers
- Autres.

Statut des Généralistes Enseignants

- rôle effectivement reconnu par un titre universitaire : Attaché* Chargé*
d'enseignement clinique ou autre titre*
- Pas de titre spécifique

Munération des Généralistes par l'Université au titre de l'Enseignement

- Nulle
- Symbolique
- Honorable

Insérer la mention utile

Insérer feuille annexe si vous manquez de place pour répondre.

LYON - U.E.R. ALEXIS CARREL"OBJECTIFS" EN NEPHROLOGIE

84 propositions... ou ce que doit connaître un médecin généraliste

en matière de Néphrologie

GROUPE 1 Concerne :

Chapitre I = Exploration d'un malade atteint de néphropathie.

Chapitre XII = Diagnostic d'une protéinurie.

- 1 - Conduire l'interrogatoire d'un malade suspect de présenter une néphropathie chronique.
- 2 - Procéder à l'examen physique d'un malade suspect de présenter une néphropathie chronique.
- 3 - Rechercher et identifier une protéinurie, au cabinet et au lit du malade.
- 4 - Faire pratiquer un dosage de la protéinurie des 24 heures et en interpréter les résultats.
- 5 - Quand et pourquoi demander une cytologie simple des urines ?
Quand et pourquoi demander une numération des hématies et des leucocytes dans l'urine ?
- 6 - Prescrire une numération de germes dans les urines et en interpréter le résultat.
- 7 - Mesurer l'azotémie : conditions du dosage, résultats normaux, interprétation.
- 8 - Mesurer la créatininémie : conditions du dosage, résultats normaux, interprétation.
- 9 - Conduire et interpréter des mesures de clearances de l'urée et de la créatinine.
- 10 - Conduire et interpréter une épreuve de concentration
- 11 - Quand faire pratiquer une urographie intra-veineuse et comment l'analyser ?
- 12 - Décider si une protéinurie intermittente est fonctionnelle ; conseils à donner à l'intéressé et à sa famille.
- 13 - Le bilan de première intention d'une protéinurie cliniquement isolée chez l'adulte. Rédiger l'ordonnance.
- 14 - Interpréter et caractériser une protéinurie découverte au cours des deux premiers trimestres de la grossesse.
- 15 - Quelle attitude adopter devant une protéinurie découverte au cours du troisième trimestre de la grossesse ?

.../...

GROUPE 2 Concerne :

Chapitre III = L'infection urinaire et son traitement

Chapitre IV = Les néphrites interstitielles et les pyélonéphrites.

- 16 - Par quels symptômes se manifeste l'infection urinaire ?
- 17 - Mener l'enquête clinique au cours d'une infection urinaire
- 18 - Distinguer cystites infectieuses et "cystalgies à urines claires".
- 19 - Devant une infection urinaire, choisir les examens paracliniques et en établir la séquence.
- 20 - Dénominations scientifiques, noms commerciaux et posologie des préparations anti-infectieuses urinaires usuelles.
- 21 - Savoir traiter une première poussée ou une poussée isolée d'infection urinaire, Exemple d'ordonnance.
- 22 - Savoir traiter une rechute d'infection urinaire. Prototype d'ordonnance.
- 23 - Savoir traiter une réinfection urinaire. Prototype d'ordonnance.
- 24 - Définir et classer les pyélonéphrites et les néphrites interstitielles ; remonter à leurs causes les plus fréquentes.
- 25 - Connaitre et apprécier les particularités sémiologiques et évolutives des pyélonéphrites chroniques.
- 26 - Identifier une pyélonéphrite chronique derrière une infection urinaire.
- 27 - Surveiller et traiter une pyélonéphrite chronique déjà connue.

.../...

GROUPE 3

Concerne

Chapitre V : La thérapeutique diurétique

Chapitre VI : Rein et Maladies Générales.

- 28 - Dénominations scientifiques, noms commerciaux, principales propriétés des salidiurétiques usuels.
- 29 - Surveiller un traitement salidiurétique au long cours ; en prévenir les effets secondaires indésirables.
- 30 - Prévenir et réparer la fuite potassique urinaire engendrée par les diurétiques thiazidiques et corps apparentés.
- 31 - Connaître et respecter les contre-indications, absolues et relatives, des salidiurétiques.
- 32 - Prescriptions diététiques et traitement diurétique d'oedèmes liés à un syndrome néphrotique pur ; rédiger l'ordonnance.
- 33 - Monothérapie d'une hypertension artérielle par un salidiurétique ; rédigez l'ordonnance type.
- 34 - Détecter l'amylose rénale : exposer la démarche diagnostique.
- 35 - Comment établir la responsabilité du lupus derrière une néphropathie ?
- 36 - Pourquoi faire une biopsie rénale percutanée chez une malade atteinte de lupus ? Quelles déductions en tirer ?
- 37 - Quand et comment poser le diagnostic de glomérulopathie diabétique ?
- 38 - Comment établir la responsabilité d'un myélome derrière une néphropathie ?
- 39 - Apprécier, exoliquer, traiter l'atteinte rénale au cours de la goutte.

.../...

GROUPE 4

Concerne :

Chapitre VII - Les Glomérulonéphrites aiguës et leur traitement.

Chapitre VIII - Le syndrome néphrotique.

Chapitre IX - Les Glomérulonéphrites chroniques primitives.

- 40 - Diagnostiquer une glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique (G.N.A.).
- 41 - Lancer le bilan biologique initial d'un syndrome de GNA d'allure post-streptococcique.
- 42 - Etablir la surveillance périodique d'une GNA post-streptococcique ; quand pratiquer une biopsie rénale ?
- 43 - Les types évolutifs des GNA post-streptococciques.
- 44 - Exposer et justifier les attitudes thérapeutiques au cours des GNA post-streptococciques.
- 45 - Le syndrome de Glomérulonéphrite aiguë (GNA) = pot-pourri de la pathologie rénale. De quoi faut-il se méfier ? Quel cas confier au néphrologue ?
- 46 - Syndrome néphrotique humoral, à forme complète, pur ou impur : connaître ces définitions. Citer les principales étiologies
- 47 - Evolution et traitement du syndrome néphrotique par lésions glomérulaires minimes.
- 48 - Des glomérulonéphrites chroniques (GNC) "diffuses" : terminologie, principaux caractères cliniques et histologiques.
- 49 - Des glomérulonéphrites chroniques (GNC) "focales" : terminologie, principaux caractères cliniques et histologiques.
- 50 - Etablir le bilan biologique initial et le mode de surveillance d'une GNC
- 51 - Distinguer les principales modalités évolutives des GNC.
- 52 - Quand et pourquoi confier au néphrologue un malade suspect de GNC ?
- 53 - Diététique, vaccinations, thérapeutiques préventives au cours des GNC ?
- 54 - Conduite à tenir devant une hématurie microscopique isolée, à urographie et cystoscopie normales.

.../...

GROUPE 5 Concerne :

Chapitre X = L'insuffisance rénale chronique. Les néphropathies héréditaires et congénitales.

Chapitre XIV = Les Insuffisances rénales fonctionnelles et les Insuffisances rénales aiguës.

Chapitre XV = Le traitement de l'insuffisance rénale.

- 55 - Apprécier les éléments du diagnostic de la polykystose rénale.
- 56 - Juger à leur juste valeur les manifestations digestives et neuropsychiques de l'Insuffisance Rénale (I.R.) troublée et de l'I.R. décompensée.
- 57 - Comment reconnaître un coma urémique ?
- 58 - Analyser et exploiter le syndrome biologique de l'IR
- 59 - Comment définir le traitement conservateur de l'insuffisance rénale chronique (IRC) ?
- 60 - Reconnaître et traiter les troubles du métabolisme de l'acide urique, du Calcium et du Phosphore au cours de l'IRC ?
- 61 - Circonstances et techniques de correction de l'acidose et de l'hyperkaliémie.
- 62 - Discuter et décider l'apport calorique, protéique et sodé chez un malade atteint d'IPC.
- 63 - Adapter la posologie des antibiotiques au taux de l'IR.
- 64 - Prescrire les médications cardio-vasculaires en fonction du taux de l'IR.
- 65 - Quand discuter, quand décider la prise d'un insuffisant rénal en hémodialyse de maintenance ?
- 66 - Reconnaître et corriger une hyperazotémie d'origine diététique.
- 67 - Reconnaître la majoration d'une IPC par une insuffisance rénale fonctionnelle.
- 68 - Savoir énumérer, pour y penser, les principales causes d'IPA excrétoires et sécrétoires.
- 69 - Identifier, pour les traiter, les Insuffisances Rénales Aigues (IRA) "médicales".

GROUPE 6

Concerne :

Chapitre XI = Rein et Hypertension Artérielle

Chapitre XIII - Les aspects médicaux de la lithiase rénale.

- 70 - Une technique irréprochable de prise de la Tension Artérielle.
- 71 - Rechercher et apprécier les facteurs de risque au cours des hypertensions Artérielles.
- 72 - Mener à bien le bilan de première intention d'une Hypertension Artérielle (HTA).
- 73 - Pourquoi traiter une HTA ?
- 74 - Les étapes du diagnostic au cours des HTA d'origine réno-vasculaire.
- 75 - Comment porter le diagnostic de néphro-angiosclérose ?
- 76 - Analyser les caractères distinctifs d'une HTA maligne.
- 77 - Comment entreprendre la thérapeutique chez un hypertendu vierge de tout traitement ?
- 78 - Quels médicaments ajouter à une monothérapie anti-hypertensive insuffisamment efficace ?
- 79 - Connaître les contre-indications et prévenir les effets secondaires des anti-hypertenseurs non diurétiques.?
- 80 - Quels hypertendus faire hospitaliser dans un service spécialisé ?
- 81 - Conseils à un sujet adulte qui vient de présenter une colique néphrétique par migration calculueuse.
- 82 - Identifier une hyperparathyroïdie derrière une lithiase rénale métaboliquement active.
- 83 - Déceler et traiter une lithiase urique.
- 84 - Hypercalciuries, hyperoxaliuries, hypercystinurie. Pourquoi rechercher ces anomalies ? Pourquoi et comment les traiter ?

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Les futurs médecins doivent effectuer en dernière année des, un stage interné qui a lieu traditionnellement en milieu hospitalier. La Faculté de Médecine Paris-Sud, voulant compléter et diversifier la formation des futurs praticiens, a demandé à votre médecin s'il était d'accord pour accepter un stagiaire auprès de lui.

La présence de ce futur confrère, lors de la consultation, n'est nullement obligatoire. D'ailleurs, votre médecin vous demandera si sa présence ne vous gêne pas, et il pourra le prier au moment de cesser d'assister à l'entretien.

Il s'agit là d'une expérience exceptionnelle dans la région lyonnaise. Nous sommes conscients des modifications qu'elle entraînera dans nos habitudes, mais sa réussite, grâce à votre aimable compréhension, devrait améliorer profondément la formation des futurs médecins.

Nous recueillerons avec intérêt toutes vos suggestions. Nous vous prions de croire à l'assurance de nos sentiments les meilleurs.

Professeur J. P. ETIENNE

Veillez prendre connaissance des dispositions énumérées dans l'encadré ci-dessous, puis répondez aux questions des pages suivantes.

PRINCIPALES MODALITES D'ORGANISATION ET DE FONCTIONNEMENT

DU STAGE ORGANISEES PAR LA COMMISSION FOUGERE :

- 1.- Le stage chez le praticien est organisé par l'Université et accompli sous contrôle par les étudiants en fin d'études médicales.
- 2.- Le stage dure trois mois et est accompli de façon continue chez le même praticien.
- 3.- Le stage fait l'objet d'un contrat conclu entre l'Université et le praticien éé par elle et qui accepte de devenir maître de stage. Peuvent devenir maîtres de stage les praticiens installés depuis 5 ans ou plus.
- 4.- Chaque maître de stage n'accueille qu'un stagiaire à la fois. A la fin du stage, le maître de stage ne peut accueillir un nouveau stagiaire qu'après un délai de trois mois.
- 5.- Le maître de stage enseigne le stagiaire en l'associant sous réserve de l'accord du patient, à son activité professionnelle (présence du stagiaire aux consultations ou visites ; préparation des consultations éventuellement sous forme d'observations écrites ; aide apportée au maître de stage dans la préparation et l'exécution des actes techniques...).
- 6.- Dans l'hypothèse (actuellement envisagée) d'une modification de la législation en vigueur la stagiaire peut exécuter, après l'accord du patient, sous la responsabilité et la surveillance directe du maître de stage, les actes médicaux dont celui-ci fait la pratique habituelle.
- 7.- Il sera conclu des conventions d'assurance nécessaires pour couvrir les dommages causés par le stagiaire ou subis par lui à l'exception de ceux qui pourraient intervenir au cours de périodes de remplacement.
- 8.- Au cours du stage, le stagiaire peut remplacer le maître de stage, dans les conditions normales et légales de remplacement, c'est-à-dire deux journées au plus par semaine ou pendant des périodes qui ne peuvent excéder au total un mois.
- 9.- Le maître de stage rédige en fin de stage un rapport sur le stage accompli dans son cabinet.
- 10.- Le stagiaire ne peut s'installer pendant un délai de deux ans dans un poste où il puisse entrer en concurrence directe avec le maître de stage, à moins qu'il n'y ait accord entre les intéressés.

.....
--

1.- Votre état civil :

Vous êtes : homme ☐ femme ☐

Votre année de naissance :.....

Votre année de thèse :.....

Faculté(s) où vous avez fait vos études :

.....

2.- Votre discipline : Vous exercez

- ☐ la médecine générale exclusivement
- ☐ la médecine générale avec une orientation préférentielle pour un domaine particulier qui est :.....
- ☐ la médecine générale avec une compétence reconnue qui est :.....
- ☐ une spécialité qui est :.....

3.- Votre exercice : Vous exercez

- ☐ en cabinet privé exclusivement
- ☐ en cabinet privé et en dispensaire
- ☐ en cabinet privé et à l'hôpital
- ☐ en cabinet privé et d'autres formes d'exercice :.....
-
- ☐ autres formes d'exercice :.....
-

4.- Votre cabinet : Vous exercez

- ☐ en cabinet isolé
- ☐ en groupe mono-disciplinaire (plusieurs confrères de même discipline dans le même local)
- ☐ en groupe pluri-disciplinaire (plusieurs confrères de disciplines différentes dans le même local)

Nombre de praticiens de votre groupe (y compris vous-même) :.....

II - Questions sur le stage

Veuillez, après avoir pris connaissance des dispositions énoncées dans l'encadré de la première page, avoir l'obligeance de répondre aux questions suivantes :

A.- Si vous êtes installé(e) depuis moins de 5 ans

1 A.- Accepteriez-vous de devenir éventuellement maître de stage, lorsque vous aurez 5 ans d'installation :

- oui ☐ → Veuillez aller directement à la question 3
 sans opinion ☐ → Veuillez aller directement à la question 3
 non ☐ → Veuillez aller à la question suivante 2 A

2 A.- Si non, subordonneriez-vous votre acceptation de devenir maître de stage à des clauses supplémentaires :

- oui ☐ → Veuillez aller directement à la question 3
 non ☐ → Veuillez aller directement à la question 5

B.- Si vous êtes installé(e) depuis 5 ans ou plus

1 B.- Accepteriez-vous de devenir éventuellement maître de stage :

- oui ☐ → Veuillez aller directement à la question 3
 sans opinion ☐ → Veuillez aller directement à la question 3
 non ☐ → Veuillez aller à la question suivante 2 B

2 B.- Si non, subordonneriez-vous votre acceptation de devenir maître de stage à des clauses supplémentaires :

- oui ☐ → Veuillez aller directement à la question 3
 non ☐ → Veuillez aller directement à la question 5

3.- Si vous avez des préférences particulières concernant le calendrier du stage ou la répartition des stagiaires :

I.- Le calendrier de stage

A quelle époque de l'année, préférez-vous accepter (pour 3 ex.) un stagiaire (Cochez une ou plusieurs cases si nécessaire) :

	Toute l'année	☐		
Octobre-Décembre	☐		Avril-Juin	☐
Janvier-Mars	☐		Juillet-Septembre	☐

II.- Les stagiaires

S'il vous est donné de choisir entre plusieurs stagiaires, choisissez-vous de préférence :

a) - les stagiaires de sexe masculin ☐
- les stagiaires de sexe féminin ☐
- pas de préférence ☐

b) - les stagiaires des Facultés suivantes :

.....
.....

- pas de préférence de Faculté ☐

c) - les stagiaires ayant les capacités particulières, notamment techniques ou linguistiques suivantes :

.....
- pas de préférence sur ce point ☐

4.- Si vous subordonnez votre acceptation de devenir maître de stage à certaines modifications des clauses énumérées dans l'encadré de la première page ou à l'insertion de clauses nouvelles (contrepartie financière notamment), veuillez préciser ci-dessous votre avis :.....

.....

.....

.....

5.- Si vous n'acceptez pas de devenir maître de stage, pouvez-vous en donner brièvement les raisons :.....

.....

.....

.....

6.- Quelles que soient vos réponses aux questions précédentes, pouvez-vous dire brièvement ce qui, à vos yeux, constitue le côté positif de la formule du "stage auprès du praticien" :.....

.....

.....

.....

XXXXX

XX

*Veuillez recevoir nos sincères remerciements et renvoyer ce questionnaire au Centre de Sociologie et de Démographie Médicales,
60 boulevard de Latre-Maubourg 75340 PARIS CEDEX 07*

B I B L I O G R A P H I E

=====

- I - "Pédagogie médicale universitaire" :
Revue du Praticien : rome XXVI N° 37 1er Septembre 1976.
- 2 - Rapport sur la formation professionnelle du médecin généraliste en France:
édité par la Société Française de Médecine Générale.
- 3 - "Le stage auprès des praticiens. Un bilan pour des pionniers" :
(Antoine MINKOWSKI) Concours médical 12/06/1976 p.3510.
- 4 - Fascicule élaboré par les facultés de BICETRE et CRETEIL sur la 2ème
journée pédagogique :
"Le praticien dans l'enseignement médical" 11 Juin 1976.
- 5 - "Formation et promotion du médecin généraliste" :
Décembre 1975. Rapport de la commission FOUGERE, édité par le Ministère
de la Santé.
- 6 - L'enseignement de la psychologie médicale au C.H.U. BROUSSAIS Hôtel Dieu
Paris. Revue de médecine psychosomatique et psychologie médicale N°3. 1974
- 7 - Le médecin, son malade et sa maladie BALINT (Payot).
- 8 - "L'enseignement de la médecine générale. Une expérience de l'U.E.R.
KREMLIN BICETRE" : Concours médical 4 Octobre 1975 p. 5335.
- 9 - "Pour une pédagogie de la médecine générale"
de J.C. ROUY : bulletin de pédagogie médicale 1975, 3, N° 3-4
Mai-Décembre 113-125.
- 10 - "Le certificat de 3ème cycle du médecin généraliste de CRETEIL"
Concours Médical 1er Mai 1976 p. 2794.
- 11 - "Le certificat du 3ème cycle du médecin généraliste de CRETEIL"
Concours Médical 12 Juin 1976 p. 3510.
- 12 - "An undergraduate program in Family Medicine in a setting that lacked
a clinical base in that discipline"
MAYO CLINIC Proc. 1975, 50, 549
- 13 - "L'emploi du temps du médecin"
Enquête réalisée par la S.O.F.R.E.S. Concours Médical information du
20 Novembre 1976 N°42 bis.
- 14 - "Le remplacement du médecin généraliste"
Enquête réalisée par la S.O.F.R.E.S. Concours Médical informations du
16 Février 1977 N° 7 bis.
- 15 - Family Medicine program . Fascicule édité par The Royal Australian
College of General Practicioners. (Adresse : National headquarters,
4th Floor, 70 Jolimont street, JOLIMONT, VICTORIA 3002, AUSTRALIE).

- 16 - Rapport au Ministre de la Santé et au Secrétaire d'Etat aux Universités sur la réforme des études médicales.
(Rapport de la Commission FOUGERE) mars 1977.
- 17 - "Le projet de réforme des études médicales" :
La Revue du Praticien du 25 Avril 1977 : tome XXVII N° 24.
- 18 - "Le rapport FOUGERE : d'abord faire table rase des structures et de l'état d'esprit actuels"
par le Dr Jean de BUTLER, Vice Président de la Société Française de Médecine Générale : Le Quotidien du Médecin N° 1418 pages 14 et 15.
- 19 - "La participation du praticien généraliste à l'enseignement des étudiants"
Résultats de l'enquête 1976 à TOURS"
La Revue de Médecine de Tours tome 10 N°9 Novembre 1976 pages 131 à 138.
- 20 - "Les Doyens présentent leur réforme et proposent un 3ème cycle obligatoire de 2 ans pour les généralistes"
Le Quotidien du Médecin Lundi 24 Janvier 1977 p.3
- 21 - Article sur l'expérience de NANCY :
Concours Médical 1973. 95-51 p.7910.
- 22 - Stage chez le praticien à LILLE
Le Quotidien du Médecin N° 1430 p.6 Mercredi 11 Mai 1977
- 23 - "La Consultation"
Docteur Norbert BENSARD éditions Mercure de France.

